Rok XLVI. Kraków, dnia 23. lutego 1907. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O wahaniach chorobliwości miesięcznej w europejskich epidemiach zimniczych.

Napisał

Dr Zenon Grossek

lekarz miejski w Kołaczycach.

Znamy dwie odmiany krzywych, uzmysławiających wahania wysokości miesięcznego przybytku chorych w europejskich epidemiach zimniczych.

Pierwszy typ stanowią krzywe z wyniosłością wiosenną, odpowiadające epidemiom, które okazują najwyższą chorobliwość w miesiącach kwietniu, maju lub czerwcu. Taki przebieg zmian nasilenia chorobliwości miewają epidemie zimnic łagodnych, to jest łagodnej trzeciaczki i czwartaczki, w Europie północnej i środkowej. Za wzór tego typu posłuży krzywa zimnic szwedzkich, narysowana na podstawie dat, zestawionych przez A. Hirscha ze sprawozdań szwedzkich fizykatów z lat 1820—1873, zawierających spostrzeżenia 53,009 przypadków zimnic (fig. 1)[1].



Fig. 1. — Szwecya. 1820—1873, 53,009 przyp. zimn. — A. Hirsch, na podstawie »Sundhets.-Colleg. Berättelse«.

Widzimy, że krzywa ta okazuje strome wzniesienie od lutego do kwietnia, najwyższy stan chorobliwości w kwietniu i maju, potem stromy spadek od maja do lipca tak, że chorobliwość lipcowa i sierpniowa jest w całym roku najniższą; wahania dalszych miesięcy odbywają się dookoła tego poziomu, jaki chorobliwość zajmowała poprzednio w styczniu i w lutym, a pozostają znacznie poniżej chorobliwości miesiąca marca. Szczyt chorobliwości zimniczej znajdujemy w maju, a najniższą w sierpniu. Podobny przebieg ma krzywa chorobliwości zimniczej korpusu I. wschodnio-pruskiego armii niemieckiej z lat 1887—1888 (4,359 przyp. z.), podana przez prof. E. Grawitza[2]). Znajdujemy tam nagłe podniesienie chorobliwości od marca do czerwca, najwyższy stan w czerwcu i lipcu (szczyt w czerwcu) a nagłe zmniejszenie chorobliwości od lipca do września.

Drugi typ krzywych miesięcznej chorobliwości zimniczej tworzą krzywe z wyniosłością letnio-jesienną, a odpowiadające epidemiom złożonym z trzeciaczki łagodnej i bagiennicy[3]), z najwyższą chorobliwością w drugiej połowie roku, od lipca do grudnia. Okazową dla tego typu jest krzywa, ułożona na podstawie zestawionych przez Ballo-riego 33,837 przypadków zimnicy w szpitalach rzymskich z lat 1892 do 1898[4]) (fig. 2).

W figurze tej linia pełna oznacza wysokość całkowitej chorobliwości zimniczej, linia zaś kreskowana odpowiada ilości pierwszych zachorowań (zakażeń pierwotnych); obie linie okazują w swych wzniesieniach i obniżeniach zupełne podobieństwo. Uwidocznione tu wahania chorobliwości zimniczej od stycznia do czerwca są bardzo małe; natomiast widzimy strome podniesienie od czerwca do sierpnia, a od sierpnia do grudnia wolne opadanie chorobliwości. Najniższy punkt jest w czerwcu, a szczyt w sierpniu, więc odwrotnie, jak w krzywych pierwszego typu.

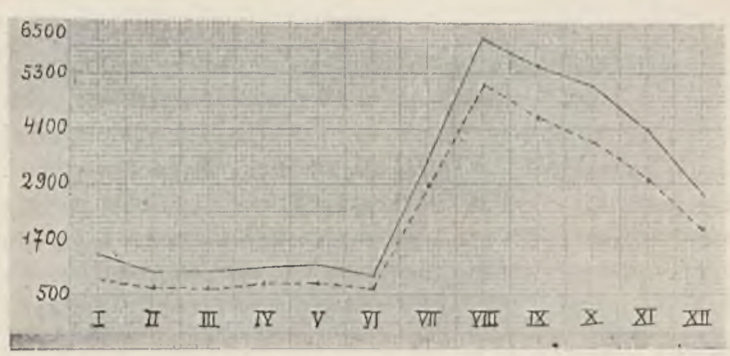


Fig. 2. — Rzym 41° 52′. 1892—1898. 33,837 przyp. zimn. — Ballori-Celli.

Jako dalsze przykłady krzywych drugiego typu spotykamy: krzywą chorobliwości zimniczej wśród załogi wojskowej w Poli (44° 53′) w latach 1863—7 (Jilek-Hirsch[5]);

[1]) Handbuch der hist.-geographischen Pathologie 2 wyd., Stuttgart 1881. Tom I. Str. 175.

[2]) Epidemiologischer Beitrag zur Frage der Malaria-Infection. Berl. klin. Wochens. 1900. Str. 522.

[3]) Nazwą bagiennicy oznaczam odmianę zimnicy letnio-jesienną (t. zw. »bidua« Bacelliego), niewłaściwie mianowaną zimnicą podzwrotnikową. Patrz Przegl. lek. 1906. Str. 398.

[4]) Zestawienia Balloriego czerpię z rozprawy A. Celliego w tłómaczeniu F. Kerschbaumera: »Die Malaria nach den neusten Forschungen«, 1900. Str. 72.

[5]) A. Hirsch l. c. Str. 176.

następnie krzywą z Wilhelmshaven (53° 30′), z lat 1860—3, na podstawie 8,854 przypadków zimnicy narysowaną przez Wenzla[6]), a okazującą szczyt chorobliwości we wrześniu; do tego typu zaliczamy też krzywą ze szpitala wojskowego S. André z lat 1858—60 podług Balley-Hirscha (l. c.) na podstawie 4,175 przyp. zimnicy narysowaną w fig. 3, ze szczytem w październiku; wreszcie krzywą 4,675 przyp. zimnicy ze szpltala w Corneto Tarquinia w latach 1878—1899, podaną podług Celliego (l. c.) w fig. 4, a dosięgającą szczytu w listopadzie.

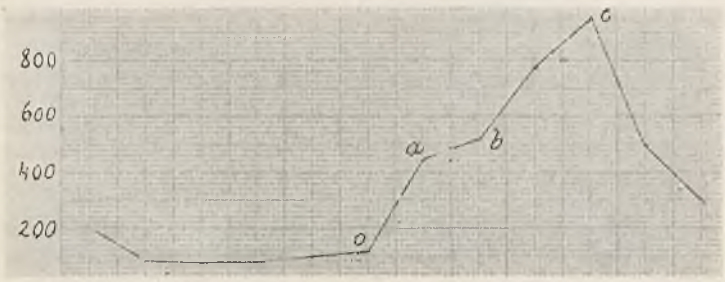


Fig. 3. — Rzym, 41° 52′, 1858—1860, 4,175 przyp. z. — Balley-Hirsch.

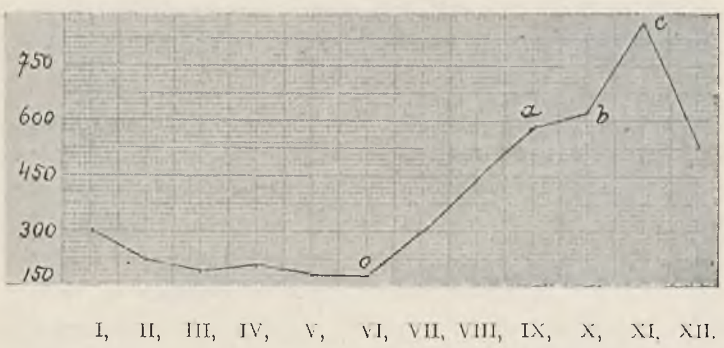


Fig. 4. — Corneto Tarquinia, 42° 15′, 1878—1899, 4,675 przyp. z. — Celli.

Właściwości przebiegu krzywych drugiego typu tłómaczy B. Grassi[7]) wpływem ilości widliszów. Podług spostrzeżeń tego autora ilość widliszów z początkiem roku bywa we Włoszech Środkowych i Południowych bardzo mała, najmniejsza od początku kwietnia do połowy maja. Do początku czerwca, oprócz rzadkich wyjątków, nie ma we Włoszech widliszów, mogących zakazić zimnicą, i dopiero od połowy czerwca pojawiają się pierwsze przypadki nowo nabytej zimnicy. Widlisze zakażone pasorzytami zimniczymi spotykał Grassi najczęściej w najcieplejszych miesiącach, od lipca do września; od września liczba ich zwolna maleje, a przy końcu grudnia prawie wcale już ich nie ma. Okresowi liczniejszego pojawiania się widliszów towarzyszący znaczny przyrost świeżych zakażeń jest przyczyną wyniosłości letnio-jesiennej krzywych włoskich.

Należy przytem pamiętać, że gdy widlisz zakazi się krwią chorego, cierpiącego na nawrót zimnicy, amfigonia pasorzytów w jego ciele aż do pojawienia się sporozoitów w gruczołach ślinnych trwa około dwóch tygodni; wtedy dopiero owad ten może zakazić (6 do 8) ludzi zdrowych; okres zaś wylęgania się choroby w człowieku znowu trwa mniej więcej 2 tygodnie tak, iż zależna od pewnego pokolenia widliszów epidemia wybucha dopiero po upływie 4 tygodni od ich gromadnego pojawienia się. Zważywszy tę okoliczność możemy użyć spostrzeżeń włoskiego autora do wytłómaczenia nawet drobniejszych szczegółów zarysu powyżej przytoczonych krzywych drugiego typu. Mianowicie Grassi zauważył, że ilość gatunku *anopheles claviger* wzrasta zwykle od maja do końca sierpnia, a maleje we wrześniu. Temu przebiegowi pojawiania się przenośników zimnicy odpowiadają krzywe, mające szczyt chorobliwości w sierpniu i wrześniu, mianowicie krzywa fig. 2, krzywa z Poli i krzywa A. Wenzla z Wilhelmshaven.

Ale nadto spostrzegał Grassi w kilku miejscowościach nowy przybytek ilości widliszów *an. claviger* w drugiej połowie września; inne zaś gatunki: *an. pseudopictus, superpictus* i *bifurcatus* w latach 1898—9 były liczniejsze we wrześniu, aniżeli w innych miesiącach. Na podstawie więc tych zjawisk można odnieść pierwszy stopień wzniesienia chorobliwości w miesiącach od lipca do września (o—a—b) w krzywych fig. 3 i 4 do zakażeń, wywołanych przez pierwsze liczniejsze pokolenie widliszów gatunku *an. claviger;* zaś drugie wzniesienie (b—c) w miesiącach październiku lub listopadzie należy wyjaśnić wzrostem ilości zakażeń, wywołanych przez inne gatunki widliszów, oraz przez drugie liczne pokolenie gatunku *an. claviger.*

Otóż tedy dla przebiegu krzywych typu drugiego mamy w obecnym stanie nauki dokładne wyjaśnienie; natomiast dla krzywych pierwszego typu dostatecznie pewnego wytłómaczenia dotychczas nie posiadamy.

Prof. Grawitz w powyżej przytoczonej rozprawie zwraca uwagę na to, że w epidemiach wiosennych zachorowania są najczęstsze wtedy, gdy ukłucia komarów są najrzadsze, a odwrotnie epidemie te wygasają wówczas, gdy ilość komarów wzrasta i ukłucia ich są najdokuczliwsze. Następnie podnosi okoliczność, iż ilość przypadków zimnicy w wojsku niemieckiem w ostatnich dziesiątkach lat bardzo znacznie zmalała (z 54·6‰ w r. 1869 na 0·55‰ w r. 1895/6), w następstwie regulacyi rzek, umieszczenia koszar na miejscach wzniesionych i suchych, a przedewszystkiem skutkiem dostarczenia żołnierzom dobrej wody do picia. Wnosi stąd, że »podobnie jak komary w powietrzu, może istnieć także we wodzie inny twór, pośredniczący w zakażeniu zimniczem, inny żywiciel tych pasorzytów«, wywołujący właśnie owe epidemie wiosenne o krzywych pierwszego typu.

Przeciwko temu przypuszczeniu Grawitza wystąpili zwolennicy teoryi wyłącznego szerzenia się zimnicy przez ukłucie znanych gatunków widliszów, przypisujący znaczenie wyłączne w Europie środkowej dla rozprzestrzeniania tej choroby gatunkowi *anopheles claviger*, i tłómaczą wiosenne nasilenie chorobliwości zimniczej następującemi okolicznościami:

Już we wczesnych ciepłych dniach wiosny widlisze (gatunku *an. claviger*) wylatują z zimowych kryjówek, a kłując ludzi, chorych na nawroty zimnic, nabytych w latach poprzednich, i pijąc ich krew, w sztucznie ogrzanych izbach mieszkalnych znajdują warunki ciepłoty wystarczające do amfigonii pasorzytów aż do wytworzenia się sporozoitów, a przeto przez następne nakłucia jeszcze śród wiosny stają się źródłem rozpowszechnienia zimnicy. Chorzy jednak,

[6]) Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde 1870. Tom IV. Tablica V. »Durchschnittlicher Zugang an Marschfiebern in den einzelnen Monaten während der ersten 6 J. des Hafenbaues«, krzywa A. Por. Beilage VIII. Str. 67.

[7]) Die Malaria-Studien eines Zoologen. 2 wydanie. Jena 1901. Str. 55—58 i 133—134.

cierpiący na świeżo nabytą zimnicę, leczą się energicznie chininą, która silnie oddziaływa zwłaszcza na pasorzyty trzeciaczki łagodnej, głównie tu w grę wchodzące, i łatwo je usuwa z krwi obwodowej, a skutkiem tego następuje tak dokładne odkażenie krwi chorych, iż braknie materyału do zakażania dalszych liczniejszych pokoleń widliszów, i dlatego już z początkiem lata epidemia się kończy, pomimo iż liczba widliszów jeszcze ciągle się powiększa.

Jednakowoż przeciw tej teoryi szkoły Kocha nasuwają się poważne zarzuty.

Najpierw co do tłómaczenia powstawania epidemii: dotychczas nie znaleziono w zimie, ani na wiosnę okazu widlisza gatunku *an. claviger*, zakażonego drogą naturalną, pomimo iż zwolennicy tej teoryi, Schoo i Martini czynili w tym kierunku rozległe poszukiwania. Również wobec tej teoryi jest sprawą zupełnie zagadkową, dlaczego początek włoskich epidemii typu drugiego bywa tak znacznie opóźniony, a przebieg ich zgoła odmienny? Bo wszakże i we Włoszech w zimie i na wiosnę znajdowano sporą ilość widliszów w domach mieszkalnych (Grassi), a niewątpliwie nie zabraknie im ani sposobności do kłucia ludzi, ani też dość ciepłych kryjówek do przebycia amfigonii pasorzytów; dlaczegoż więc nie rozpoczyna się wzniesienie krzywych zimniczych włoskich, chociażby mniej stromą pochyłością, już w lutym lub marcu, lecz dopiero nagłem podwyższeniem w lipcu?

Powtóre tłómaczenie wczesnego wygasania epidemii pierwszego typu odkażeniem krwi chorych zapomocą chininy nie jest wystarczające. Wszakże z początkiem wiosny, gdy epidemia zaczyna się szerzyć, chinina bywa z pewnością tak samo używaną, co jednakże nie przeszkadza rozpowszechnianiu się zimnic. W dalszych zaś letnich miesiącach, wobec niezmienionych warunków leczniczych, przybywają inne korzystne dla rozwoju widliszów i pasorzytów zimniczych warunki: wyższa ciepłota powietrza zewnętrznego, równorzędne z tem podwyższenie ciepłoty izb mieszkalnych (kuchni włościańskich), które są przez cały rok ulubionem siedliskiem widliszów, a przecież epidemia pierwszego typu nie tylko się nie wzmaga, ale nawet ustaje. (Dok. nast.)

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

(Dokończenie.)

Znane są jednak i takie odmiany chorób, w których nie spotykamy zajęcia właściwego narządu krwiotwórczego, a natomiast objawem głównym są niejako owe »przerzutowe« guzy limfatyczne i to przedewszystkiem w skórze lub okostnej. Przypadki takie nazywamy nibybiałaczkami lub białaczkami skórnemi *(lymphodermia, erythrodermia)* lub też okostnemi. W tej grupie przypadków należy do zjawisk stałych przechodzenie z okresu nibybiałaczkowego (właściwiej bezbiałaczkowego — aleukemicznego) w rozwiniętą białaczkę. Innemi słowy znajdujemy w tych przypadkach znamienne zmiany w skórze z rzekomobiałaczkowymi obrzękami gruczołów i potem przejście w białaczkę. I zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że w tych postaciach białaczka rzekoma nie jest chorobą szczególną, odrębną, samoistną, ale szczególnym okresem wstępnym do białaczki.

Z tych tu omawianych postaci, przechodzących z białaczki rzekomej w prawdziwą, należy w pierwszym rzędzie wyróżnić owo bujanie zwykle także limfadenoidalne z siedzibą w okostnej, które się cechuje wytwarzaniem swoistego barwika zielonego i które opisujemy pod nazwą: »mięsak zielonawy« — *chloroma*. Chloromatyczne bujanie należy do owej objawowej okostnej grupy, występującej klinicznie pod postacią białaczki rzekomej albo prawdziwej, w której przechodzenie z okresu rzekomobiałaczkowego w białaczkowy należy do zjawisk stałych.

Zwykle oddzielamy od reszty złośliwych limfadenoidalnych bujań bujania chloromatyczne i to poniekąd, ale niezupełnie słusznie, bo 1) prawie stale przechodzą one w białaczkę, 2) bo mają wyłączne, znamienne usadowienie, — co je odróżnia od innego złośliwego bujania w okostnej, — a mianowicie sadowią się ze szczególnem upodobaniem w okostnej kości płaskich czaszki, oczodołu, mostka i t. d. lub kości krótkich, jak kręgów, a 3) bo wytwarzają swoisty barwik zielony.

Odgraniczenie to jednak nie da się przeprowadzić zupełnie ściśle, gdyż mięsak zielonawy *(chloroma)* ma przecież wiele punktów stycznych z postaciami samoistnemi białaczek prawdziwych i rzekomych. I przy mięsaku zielonawym mogą być zajęte gruczoły, szpik kostny, śledziona, tkanka wątrobna i nerkowa. Znajdowano w przypadkach mięsaka zielonawego kryształy Charcota-Leydena. Na odwrót spotykano w samoistnej białaczce tak rzekomej, jak i prawdziwej zajęcie chorobowe okostnej, bujanie tkanki i niszczenie kości. Nawet i wytwarzanie barwika zielonego nie jest tą cechą, po której zawsze możnaby odróżnić mięsak zielonawy *(chloroma)* od innego bujania złośliwego nibybiałaczkowego lub też białaczkowego. Lithen opisał przypadek szpikowej nibybiałaczki, w której szpik, limfadenoidalnie zwyrodniały, wyglądał jak miazga zielonawa, do ropy podobna.

Rozdział ten jest zatem tylko ze względów klinicznych uzasadniony i zrozumiały, ale w istocie nie da się bezwzględnie przeprowadzić, gdyż między mięsakiem zielonawym, a białaczką rzekomą, a nawet prawdziwą istnieją liczne przejścia i kombinacye.

W ostatnich latach opisano trzy przypadki (Türk[21]), Klein-Steinhaus[22]) i Sternberg[23]) mięsaka zielonawego *(chloroma)*, które polegają na bujaniu nie tkanki limfadenoidalnej, ale na bujaniu tkanki myeloidalnej. Znamy zatem podobnie, jak białaczki prawdziwe i rzekome, także i mięsaki zielonawe w dwóch odmianach: limfadenoidalnej i myeloidalnej. Może przyszłość przyniesie postaci mięszane, czy też przejściowe.

Zasadniczo zatem, jak widzimy, polegają wszystkie tu omawiane przeróżne w swych zewnętrznych przejawach cierpienia na bujaniu tkanki albo limfadenoidalnej albo myeloidalnej. Właściwie nie powinniśmy przeciwstawiać sobie dwóch rodzajów białaczki, ale dwa rodzaje bujania. Takie zapatrywanie zaczyna też coraz bardziej przyjmować się w nauce. To też Türk w swej pracy[21]): »Ein System der Lymphomatosen«, radzi wszelkie choroby, polegające na chorobowem bujaniu tkanki limfadenoidalnej, nazywać ogólnie limfomatozami. Wyklucza z nich tylko sprawy przyrody gruźliczej, zewnętrznie do białaczki rzekomej podobne, dokładnie zbadane przez Paltaufa i Sternberga. I wedle obrazu krwi wyróżnia limfomatozy 1) alimfemiczne, 2) sublimfemiczne i 3) limfemiczne.

1) W okresie alimfenicznym nie można we krwi stwierdzić żadnych zmian.

Pinkus twierdzi, że takie przypadki są nadzwyczaj rzadkie, a jeśliby je wogóle można zaliczyć do nibybia-

[21]) Türk wspomniana już praca: Ein System der Lymphomatosen.

[22]) Klein-Steinhaus: Über das Chlorom. Centrbl. f. pathol. Anatomie. 1904. Str. 94.

[23]) Sternberg: (Chloromyelosarkomatose. Ziegl. Beitr. 1905) cyt. za Sternbergiem (Primärerkrankungen).

łaczki, to chyba jako przemijający okres wstępny. Türk natomiast nie widzi powodu, dla któregoby należało je oddzielać od nibybiałaczki, bo sam widział kilka takich przypadków, gdzie latami mimo istniejącej ogólnej limfomatozy nie było żadnych zmian w krwi, natomiast w późniejszych okresach zjawiła się względna limfocytoza.

2) Do grupy sublimfenicznej zalicza Türk wszelkie limfomatozy, przebiegające z względną limfocytozą, (a więc białaczki rzekome szkoły Ehrlicha).

3) Wreszcie grupa limfemiczna obejmuje białaczkę limfadenoidalną prawdziwą, przebiegającą z limfocytozą względną i bezwzględną.

W podziale swoim uwzględnia jeszcze Türk, czy limfomatoza ma przebieg ostry, czy przewlekły i czy okazuje cechy łagodne, czy złośliwe, — zalicza więc tu i sprawy mięsakowe *(limfosarcoma)*. Tkanka limfadenoidalna może bujając wrastać bezgranicznie w otoczenie, jednem słowem bujanie limfadenoidalne może okazywać i charakter zaczepny, agresywny. Türk zjawisko to tłómaczy czynnikiem mechanicznym. Tam, gdzie odpływ komórek jest wstrzymany, a przytem istnieje wielka skłonność do bujania, przybierają gruczolaki limfatyczne zaczepny charakter. Z tem zgadzałoby się spostrzeżenie, że w toku mięsaków limfatycznych *(limfosarcoma)* rzadkim jest obraz limfemiczny, a nawet sublimfemiczny. (»Die lokale Aggresivität ist das Produkt eines für die örtlichen Verhältnisse zu grossen Missverhältnisses zwischen Zellwucherung u. Zellabfuhr zu Ungunsten des letzteren«).

W limfomatozach, rosnących ostro, wyróżnia Türk jako postać łagodną białaczkę limfadenoidalną ostrą, a jako postać złośliwą mięsaka zielonawego *(chloroma)* w trzech odmianach (alimfemicznej, sublimfemicznej i limfemicznej).

Schemat Türka przedstawia się tak:

Limfomatozy:

I. Przewlekłe łagodne:	II. Ostre:	III. Przewlekłe złośliwe,
1) alimfemiczne,	*a)* łagodne (białaczka limfadenoidalna ostra),	1) ogólna,
2) sublimfemiczne *(pseudoleukaemia* Ehrlich-Pinkus),	*b)* częściowo zaczepne,	2) miejscowa.
3) limfemiczne (białaczka limfadenoidalna przewlekła)	*c)* złośliwe *(chloroma)*, 1) alimfemiczne, 2) sublimfemiczne, 3) limfemiczne.	

Podobnie jak Türk radzi Hirschfeld (Folia haem. II. str. 750) wszelkie białaczkowe bujania tkanki myeloidalnej nazywać ogólnie »myelomatozami« i rozróżnia postaci myelemiczne (z równoczesnemi zmianami w krwi) i amyelemiczne (bez zmiany białaczkowej krwi).

Schemat jego przedstawia się tak:

Myelomatozy

- amyelemiczne *(myeloma multiplex. z pseudoleuk. myeloid.)*
- myelemiczne
  - Białaczka myeloidalna (typ Ehrlicha)
  - Białaczki myeloidalne nietypowe (Türk te nazywa submyelemiczne)
    - postać ostra
    - postać przewlekła.

W modnej hematologii zaczynają autorowie coraz mniej używać miana: »białaczka«, a natomiast używają określenia: »limfomatoza« i »myelomatoza«.

Oba te schematy (a w zasadzie jeden) opierają się na wzorze (formule) hematologicznym danej sprawy, zaś w dziele p. t. »Primärerkrankungen des lymphatischen und haematopoetischen Apparates« (str. 203) dzieli Sternberg, z zawodu anatom patologiczny, choroby krwi, podobnie, jak to w ostatnim czasie czyni i Pappenheim, nie wedle formuły krwi, nie wedle obrazu mikroskopowego krwi, ale wedle anatomicznego charakteru zmian w narządzie »limfatycznym i krwiotwórczym«. Uwzględnia więc, czy chorobie towarzyszy, a raczej ją wywołuje bujanie łagodne, ograniczone do narządu (lokal begrenzt), ze składników jednorodnych (homologicznych) złożone, czy też sprawa złośliwa, mniej lub więcej na otoczenie przechodząca, wywołująca twory innorodne (heterotope Bildungen) i z nieprawidłowych pierwocin się składające. W obu grupach może sprawa zajmować oddzielnie tkankę limfadenoidalną albo myeloidalną, przez co wytwarza klinicznie odmienne obrazy chorobowe.

Schemat Sternberga przedstawia się znowu tak:

A) Miejscowo ograniczone jednorodne (homologiczne) bujania:

a) z wypłukiwaniem pierwocin komórkowych do krwi i jednorodną (homologiczną) przemianą narządu limfatycznego i krwiotwórczego:

1) tkanki limfatycznej (wypłukiwanie limfocytów) = *Białaczka limfatyczna,*

2) tkanki myeloidalnej (wypłukiwanie myelocytów) = *Białaczka myeloidalna* (gemischtzellige),

b) bez albo z małem wypłukiwaniem pierwocin komórkowych do krwi:

3) całej tkanki limfatycznej w sposób rozlany = *Pseudoleukaemia,*

4) tkanki limfatycznej w szpiku w postaci guzów = *Myeloma lymphaticum,*

5) tkanki myeloidalnej w szpiku w postaci guzów = *Myeloma myeloidale.*

B) Na otoczenie przechodzące, nieprawidłowe, innorodne (heterotope) bujania:

a) z wypłukiwaniem pierwocin komórkowych do krwi:

6) tkanki limfatycznej (wypłukiwanie nieziarnistych, chorobowych komórek [24]) = *Leukosarcomatosis* wzgl. *Chloroleukosarcomatosis,*

7) tkanki myeloidalnej (wypłukiwanie ziarnistych, chorobowych komórek [24]) = *Chloromyelosarcomatosis,*

b) bez wypłukiwania pierwocin komórkowych do krwi:

8) tkanki limfatycznej = *Lymphosarcomatosis.*

Grupy analogicznej do 8), polegającej na bujaniu tkanki myeloidalnej, dotąd nie opisano.

Sternberg między białaczką rzekomą *(pseudoleukaemia)*, a mięsakiem szpikowym *(myeloma)* widzi tę różnicę, że pierwsza — to sprawa rozlana, a drugi — to sprawa ogniskowa (porównaj uwagę 9).

Na podstawie swojego poglądu na sprawę wyróżnia Sternberg nową postać w t. zw. *leukosarcomatosis* (B. 6. a.): W krwi zjawiają się wtedy komórki wielkie jednojądrzaste (grosse mononucleäre Leucocyten Ehrlich [25]), postacie wedle Sternberga chorobowe, i to nieraz w olbrzymiej przewadze (93·1%). Wolff nazywa te postacie »indifferente

[24]) Nieziarniste krwinki chorobowe, to postacie opisywane przez Ehrlicha jako komórki wielkie jednojądrzaste, przez Wolffa »indifferente Lymphoicelle«, zaś ziarniste komórki chorobowe to myelocyty.

[25]) Postać tę zalicza Ehrlich do prawdziwych składników krwi; inna rzecz, że w prawidłowej krwi napotkać można tę postać wedle Ehrlicha w bardzo małej ilości (1%).

Lymphoidzelle« i analogicznie wyróżnia jako odmianę białaczki t. zw. »Lymphoidzellenleukaemie« (str. 15), która to postać ma zupełnie odpowiadać *leukosarcomatosis* Sternberga. Sternberg zastrzega się przeciw pomienianiu tych dwóch postaci, bo wedle niego komórki wielkie jednojądrzaste są tworami nieprawidłowymi, a »Lymphoidzelle« jest postacią prawidłową. Poza tem teoretycznem zastrzeżeżeniem sprawy te prawie nie różnią się od siebie. Za odmianę *leukosarcoma* uważa autor *chloroma*, bo daje taki sam obraz krwi i dlatego nazywa on *chloroma* — *chloroleukosarcoma*. *Chloroma myeloidale* (zob. str. 28) nazywa Sternberg chloromyelosarkomatozą.

Wspomniałem na samym wstępie, że w siódmym dziesiątku zeszłego stulecia dopatrywano się przyczyny białaczki w krwi samej. Tę samą myśl, choć w innej postaci podjął Löwit w r. 1900 i na XVIII. zjeździe dla medycyny wewnętrznej opisywał jako przyczynę białaczki pierwotniaki: *Haemamoeba leukaemiae magna* jako przyczynę białaczki myeloidalnej, a *parva sive vivax*, jako przyczynę białaczki limfadenoidalnej. Zapatrywanie to nie zjednało sobie zwolenników, a nawet przeciwnie badacze, którzy sprawdzali badania Löwita, zbili jego zapatrywania. Przeciw tym zapatrywaniom wystąpili Litten i Michaelis i Türk. Türk udowadnia, że pasorzyty Löwita są wytworem sztucznym, lub też bazofilną ziarnistością komórek tucznych [26]). Zasadniczej różnicy jednak zdaje się przecie, że niema co do związku chorób tych z czynnikami zakaźnotoksycznymi. Wiemy, że prątek gruźliczy przy oznaczonem usadowieniu się może wywołać białaczkę rzekomą (Paltauf, Sternberg), — może i istnienie gruźliczej białaczki czas przyniesie, bo powikłanie gruźlicy z białaczką limfadenoidalną są dawno znane (Lichtenstein, Quincke). Pappenheim spostrzegał w dwóch przypadkach po ukłuciu owadów gwałtowną limfocytemię z ogólnym obrzękiem gruczołów i gorączką. Oba przypadki zakończyły się szczęśliwie, — w jednym z nich (u dziecka) był obrzęk śledziony. Pozwolę sobie na tem miejscu wspomnieć i o tem, że tak białaczkę prawdziwą, jak i rzekomą, przyłączające się choroby zakaźne (dur, róża) chwilowo lub stale poprawiają, a nawet czasem leczą (E. Kraus).

W końcu należy jeszcze wspomnieć o odzywających się w ostatnich czasach głosach, że białaczki są jużto sprawami pokrewnemi (Sternberg, Türk), jużto identycznemi z mięsakami (Banti).

Oceny i sprawozdania.

Dr Jan Papée: **Choroby weneryczne, ich rozszerzenie i zapobieganie.** Lwów 1906. Wydawnictwo Tow. higienicznego. Str. 26.

Praca powyższa krótka, lecz pełna treści, posiada niepośledne znaczenie przedewszystkiem dlatego, że przeznaczona jest dla szerokich kół publiczności, aby je pouczyć o tym wrogu, najniebezpieczniejszym ze wszystkich, o którym dotąd jeszcze fałszywy wstyd nie pozwala mówić, a który przerażające sieje zniszczenia, począwszy od kół młodzieży. Treść pracy wynika już z nagłówka. Sprawozdawcy pozostaje tylko podnieść, że rzecz napisana jest tak jasno, zrozumiale dla każdego, tak jędrnie i zajmująco, nie pomija żadnego szczegółu, najnowszymi badaniami zdobytego, że przynosząc zaszczyt autorowi, zapewnia wielki pożytek społeczeństwu, lekarzowi zaś zawodowemu podaje szereg mozolnie zebranych dat statystycznych nie martwych, lecz wiele mówiących i pouczających. Z każdego wiersza widnieje wielkie doświadczenie autora, który pracą tą, co do znaczenia praktycznego o wiele donioślejszą od niejednej tak zwanej oryginalnej, dla ścisłych zawodowców przeznaczonej, zasłużył się dobrze sprawie publicznej. Wdzięczność należy się także towarzystwu higienicznemu we Lwowie, które wydawszy tę pracę winno się starać o to, aby się jak najbardziej rozeszła, przedewszystkiem w tych kołach, które z obowiązku swego winny czuwać nad zdrowiem młodzieży, przyszłości narodu. *Wachholz.*

L. Wernic: **Zasadnicze postulaty higieny szkolnej.** Warszawa 1907. Wende i Sp.

Na 84 stronach książeczki małego formatu ($^1/_{16}$) zebrał autor najważniejsze postulaty higieny co do budynków i sal szkolnych, młodzieży w wieku szkolnym, oraz higieny nauki i pedagogii. Ostatni rozdział, poświęcony walce z chorobami zakaźnemi w szkole, przedstawił autor w formie tabelarycznej nader praktycznie, uwzględniając przebieg, trwanie i udzielanie się każdej choroby, kiedy ucznia ze szkoły usuwać należy, stosunek szkoły do rodzeństwa i otoczenia, czas powrotu, chwilę zamknięcia szkoły, uwagi dla rodziców — czyli wszystkie ważne momenta, które szkoła przy tłumieniu chorób zakaźnych winna uwzględnić. W dziełku udało się autorowi przedstawić zwięźle i nader przejrzyście dla celów praktycznych postulaty higieny szkolnej, stąd też zalecić je można nietylko nauczycielom i kierownikom szkół, dla których ją napisano, ale i lekarzom — szczególnie czynnym w szkołach — nie dla studyów oczywiście w wymienionym przedmiocie, lecz do podręcznej oryentacyi co do niejednego szczegółu. *L. Bier.*

Dr Emil Fuhrmann: **Ärztliches Jahrbuch für Oesterreich 1907.** M. Münz. Wiedeń 1907. Cena 8 K. — Wydawnictwo pod tym tytułem, o ile jest opracowane według danych urzędowych, jest źródłem, na którem można polegać, a którego pożytku dla lekarzy urzędowych i t. d. dowodzi już to, że znajduje widocznie chętnych odbiorców, skoro ukazuje się nie poraz pierwszy. Obejmuje ono: ustawy i rozporządzenia sanitarne z ostatniego roku (ze wszystkich krajów koronnych), instytucye filantropijne dla lekarzy, towarzystwa i czasopisma lekarskie i farmaceutyczne, schematyzm władz sanitarnych, szpitali i t. d., oraz dokładny spis lekarzy całej Austryi. W roku bieżącym prócz rozmaitych ulepszeń uzupełniono wydawnictwo zestawieniem fundacyi i stypendyów w Galicyi. W spisie lekarzy, zwłaszcza galicyjskich, niemile uderza wymienianie przy niektórych nazwiskach rozmaitych godności, tytułów prac naukowych i t. d., choć brakuje ich znowu tam, gdzie byłyby najwięcej na miejscu i gdzie redakcya postarać się o dokładne wiadomości i mogła i powinna. *R.*

O »chromaniu napadowem« *(claudication intermittente Charcot)* i pokrewnych cierpieniach.

(Sprawozdanie poglądowe.)

Napisał

Dr Adam Rydel.

(Dokończenie.)

Ostatnie czasy jednak jeszcze bardziej rozszerzyły to pojęcie chorobowe. W r. 1894 ogłosił uczeń Dejerina Sottas pod nazwą: »*claudication intermittente de la moelle épinière*« spostrzeżenia, które później Dejerine w swojej »semiologii« przypomniał, a do których dołączył w ubiegłym roku świeże badania, tyczące się pozornie zupełnie podobnych zaburzeń, z jakiemiśmy się, powyżej zapoznali, różniące się jednak od nich bardzo zasadniczo, bo brakiem wszelkich zmian w tętnie. Ostatnie spostrzeżenia Dejerinea obejmują następujące trzy przypadki:

1. Mężczyzna 38-letni, przeczy jakoby przebył kiłę, ożeniony, jednak bezdzietny; zawód zmusza go do spędzania kilkunastu godzin dziennie na nogach. Choroba, rok już trwająca, rozpoczęła się uczuciem bolesnego zmęczenia w nogach, występującem po całodziennej pracy. Uczucie to po kilku miesiącach występowało już po pracy kilkugodzinnej, równocześnie zaś chory zauważył, iż musi częściej mocz oddawać, tudzież, iż potrzebie oddania musi natychmiast zadość czynić. W ostatnim czasie już po przejściu kilkuset metrów zmęczenie zamieniało się w zupełną niemożność chodzenia. Po chwilowym wypoczynku niemoc w nogach ustępowała zupełnie. W rok po rozpoczęciu się cierpienia, po wypoczynku badanie żadnych zmian wykryć nie mogło; po przejściu jednak zaledwo 30 kroków pojawiała się ciężkość, zmęczenie, utrata władzy w nogach, równocześnie zaś można było wywołać objaw stopowy, objaw Babińskiego, tudzież istniała lekka sztywność. Po wypoczynku zupełny powrót do

[26]) Piśmiennictwo tej sprawy: Löwit: Die Leukaemie als Protozoeninfektion. Wiesbaden 1900. Lithen i Michaelis: Über die Granula der Leucocyten, ihre chem. Beschaffenheit u. ihre Beziehungen zu d. Löwitschen Leukaemieparasiten. Med. Woche. 1900. 2. VIII. Türk: Vorlesungen über Haematologie. Str. 318.

prawidłowego stanu. Żadnych zmian w tętnicach. Nader energiczne leczenie swoiste sprawiło, iż po miesiącu chory mógł przejść ½ km., po powtórzeniu zaś kilkakrotnem leczenia chory wyzdrowiał całkowicie, a stan ten aż do chwili obecnej się utrzymuje (6 lat).

2. Handlowiec, 42 l., przeczy, jakoby przebywał kiłę, żona jego jednak najpierw poroniła, później urodziła dziecko, które w 9-tym miesiącu życia umarło; trzecie dziecko żyje. Przed rokiem po raz pierwszy cierpnięcie uda, w ½ roku później trudność w chodzeniu wskutek nadzwyczaj szybko występującego nadmiernego znużenia nóg. Choroba postępowała tak szybko, iż chory w 6 miesięcy po wystąpieniu pierwszych objawów musiał po przejściu kilkunastu kroków kilka minut wypoczywać; mógł jednak z takimi wypoczynkami i dłuższe przestrzenie przebywać pieszo. Równocześnie z pojawieniem się pierwszych napadów zmęczenia chory zauważył, iż musi często i to natychmiast po wystąpieniu potrzeby mocz oddawać; w ostatnim zaś czasie spostrzegł, iż pobudliwość płciowa się wzmogła, a wytrysk nasienia następuje przedwcześnie. Badanie dawało po spoczynku wynik zupełnie ujemny z wyjątkiem nieznacznej nierówności odruchów kolanowych, tudzież osłabienia odruchów mosznowych. *Leukoplakia oris*. Po przejściu 200—300 metrów chód staje się po stronie wzmożonych odruchów typowo spastycznym, obok tego można stwierdzić objaw stopowy, oraz istnienie odruchu Babińskiego. Leczenie swoiste dało jako wynik poprawę bardzo wprawdzie znaczną, ale zupełny powrót do zdrowia już nie nastąpił.

3. Rzeźnik, liczący 42 lat. Żona raz roniła, drugie dziecko zdrowe. Kiły się wypiera. Przebieg choroby i objawy zupełnie podobne do przypadku drugiego, jednak leczenie swoiste, przynajmniej do czasu ogłoszenia tego przypadku, bez skutku.

Chodzi zatem w tych przypadkach o cierpienie, zupełnie podobne do zwykłego »chromania napadowego«, tyczące się ludzi stosunkowo młodych, a polegające na napadach chromania, występujących po nieznacznych już zmęczeniach nóg. W czasie napadu wzmożenie odruchów, wyraźna sztywność kończyn, połączona z objawem stopowym i z objawem Babińskiego. Wreszcie zaburzenia w oddawaniu moczu i w czynnościach płciowych. Mimo wypierania się chorych wywiady, tyczące się potomstwa, tudzież istnienie w dwóch przypadkach zmian w jamie ustnej (*leukoplakia buccalis*), przedewszystkiem zaś wyniki leczenia swoistego, pozwalają niemal stanowczo przyjąć kiłę za podstawę tego cierpienia; tem więcej, iż w dawniej spostrzeganych przypadkach, swoiście nie leczonych, cierpienie to przeszło z biegiem czasu w porażenie rdzeniowe kurczowe *(paralysis spinalis spastica)* t. j. w chorobę, która napewno jest kiłowego pochodzenia.

Jako podłoże anatomiczne przyjmuje Dejerine w tych przypadkach zmiany w naczyniach *(endarteriitis obliterans)* w rdzeniu lędźwiowo-krzyżowym i to jedno- lub obustronne, wywołujące niedostateczne odżywienie tkanki nerwowej w czasie czynności. Dopóki odpowiednia część rdzenia nie pracuje, dopóty odżywianie zapomocą zmienionych naczyń jeszcze wystarcza; w czasie czynności rdzenia jednak staje się ono niedostatecznem i powoduje zaburzenia, mające niewątpliwie charakter rdzeniowy (objaw Babińskiego, objaw stopowy). Gdy więc w zwykłem chromaniu napadowem zaburzenia chodu powstają wskutek niedostatecznego odżywienia samych mięśni w czasie ich czynności, a to przez zamknięcie częściowe naczyń krew do mięśni doprowadzających, to tutaj również niedostateczne odżywianie, będące skutkiem chorób naczyń, wywołuje zaburzenia w czynnościach tych okolic rdzenia, które nad chodem panują. Stąd też nazwał Dejerine tę postać chromania napadowego: chromaniem napadowem rdzenia (*claudication intermittente de la moelle épinière*). Gdy chromanie napadowe zwykłe doprowadzić może do zgorzeli pewnych części kończyn, to »chromanie napadowe rdzenia« w dalszym przebiegu doprowadza do zwyrodnienia powrózków bocznych, i co za tem idzie, do wytworzenia się obrazu porażenia rdzeniowego spastycznego (*sclerosis spinalis luetica*). Klinicznie nietrudno rozróżnić te dwie postacie od siebie, t. j. chromanie napadowe zwykłe *(claudicatio intermittens, akinesia paroxysmalis angiosclerotica)* od chromania napadowego rdzenia (*claudic. intermitt. de la moelle épinieré*). Wspólnem w obu cierpieniach jest występowanie po zmęczeniu trudności w chodzeniu i bólów oraz parestezyi, a znikanie tych objawów po wypoczynku. Gdy jednak w pierwszem cierpieniu zauważyć się dają bez wyjątku miejscowe zmiany w krążeniu i brak tętna, tudzież marznięcie, siność, zgorzel, to przy »chromaniu napadowem rdzenia« ani zmian w tętnie, ani zmian odżywczych niema. Naodwrót zmiany w oddawaniu moczu i w sferze płciowej występują tylko całkiem wyjątkowo w chromaniu napadowem zwykłem (przypadek Determanna), a z reguły w »chromaniu rdzenia«, objaw stopowy zaś, oraz objaw Babińskiego jest wyłącznie »chromaniu rdzenia« właściwy.

Równie łatwo, jak między sobą, odróżnić można te dwie postacie chorobowe od innych cierpień.

Jedynie przy powierzchownem badaniu możnaby pomieniać chromanie napadowe z *myasthenia gravis pseudoparalytica*. Przy bliższem jednak rozpatrzeniu się wspólną dla obu chorób okaże się tylko nadmierna nużliwość, ale i ona różną jest w obu przypadkach. W chromaniu napadowem ogranicza się nużliwość do jednej lub kilku kończyn, natomiast w myastenii niemal wszystkie narządy są nią dotknięte, aczkolwiek co prawda w rozmaitym stopniu. Mięśnie, zaopatrywane przez nerwy czaszkowe, a przedewszystkiem mięśnie powiek i gałek ocznych, nader często zajęte w myastenii, bywają w chromaniu napadowem wolne; niedomoga w połykaniu, niedomoga serca, tak zwykła w myastenii, w chromaniu napadowem się nie zdarza. W myastenii stwierdza się w zajętych mięśniach znamienne elektryczne oddziaływanie (odczyn myasteniczny), w chromaniu napadowem zmian w tym względzie niema. Stałe w chromaniu napadowem mięśniowem zmiany w tętnie i krążeniu skórnem, stałe w »chromaniu rdzenia« objawy rdzeniowe, a to niedomoga pęcherza i czynności płciowych tudzież stan spastyczny, objaw stopowy i objaw Babińskiego, nie zdarzają się w myastenii nigdy. Istnienie pewnych podobieństw między myastenią, a chromaniem napadowem zrozumiemy, uwzględniwszy coraz bardziej zyskujące podstawę zapatrywanie, że myastenia polega na samozatruciu. W ostatnich miesiącach ogłoszono pracę, dowodzącą [1]), iż w chorobie tej przemiana materyi ulega bardzo znacznym zboczeniom; nieprawidłowe zatem odżywianie tkanki mięśniowej zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Jest ono jednak tutaj wynikiem jakościowych, a nie ilościowych zboczeń; natomiast według wszelkiego prawdopodobieństwa chorobowa nużliwość w chromaniu napadowem mięśniowem, czy rdzeniowem, polega raczej na niedostatecznej ilości soków, dopływających do danej tkanki (mięśniowej czy nerwowej), aniżeli na nieodpowiednim tych soków składzie. W obu rodzajach cierpienia odżywienie, wystarczające w spoczynku, staje się niedostatecznem przy wzmożonej przez czynność przemianie materyi, i stąd podobieństwo pozorne myastenii do chromania napadowego (mięśniowego i rdzeniowego).

Jeśli sobie uprzytomnimy, iż zarówno objaw stopowy, objaw Babińskiego i sztywność kończyn, jak i zaburzenia w oddawaniu moczu i kału oraz zaburzenia w czynnościach płciowych spotkać możemy w całym szeregu cierpień rdzenia, n. p. w stwardnieniu ogniskowem, syryngomyelii, porażeniu rdzeniowem spastycznem, w zapaleniu rdzenia, przy nowotworach rdzenia i t. d., jednem słowem w cierpieniach, w których drogi piramidowe są zajęte, to może nasunąć się obawa pomieniania tych chorób z »chromaniem napadowem rdzenia« w którem te objawy także spotykamy; tem więcej, iż we wczesnych okresach wymienionych chorób rdzenia chorzy nierzadko podnoszą, iż trudność w chodzeniu ogromnie się powiększa w miarę długości odbytej drogi, a prawie znika po odpoczynku. Już jednak szczegółowe wypytywanie się wskaże istniejącą różnicę: w »chromaniu rdzenia« trudności chodzenia ustępują po wypoczynku doszczętnie, w tamtych zaś chorobach zmniejszają się tylko, aczkolwiek czasem bardzo znacznie. Podobnie i inne przypady, a więc sztywność kończyn, objaw Babińskiego, objaw stopowy, nikną bez śladu po wypoczynku, jeśli są objawami »chromania napadowego rdzenia«, utrzymują się zaś mimo wypoczynku, jeśli chodzi o zajęcie dróg piramidowych. Wreszcie pamiętać należy, iż w »chromaniu rdzeniowem« najściślejsze nawet badanie nie zdoła wykryć innych objawów prócz wymienionych; natomiast we wspomnianych chorobach rdzenia znajdziemy zawsze jeszcze inne objawy, n. p. rozszczepienie czucia i zmiany odżywcze przy syryngomyelii; zaburzenia mowy, zmiany na dnie oka, zmiany w odruchach skórnych i t. d. przy stwardnieniu ogniskowem; silne bole, zaniki mięśni i porażenia, zmiany w czuciu, zbiór objawów Brown-Sequarda i t. d. przy nowotworach rdzenia.

Przed kilku miesiącami Grasset, nawiązując do wspomnianej już pracy Dejerina, ogłosił artykuł, w którym podnosi,

[1]) Max Kaufmann: Stoffwechseluntersuchungen bei einem Falle von myasthenischer Paralyse. Monatschrift f. Psych u. Neurologie Bd. XX. Heft 4 1906.

iż poza »chromaniem napadowem rdzenia« spotykamy częstokroć rozmaite zaburzenia, które, aczkolwiek zależne od różnych części układu nerwowego ośrodkowego, przecież mają jedną wspólną cechę: mianowicie tę, iż występują napadowo, tudzież jedną wspólną przyczynę: mianowicie niedostateczne odżywienie odpowiedniego ośrodka, względnie drogi nerwowej. Już przed 15 laty podniósł Grasset, iż istnieją stany chorobowe, polegające na zmianach miażdżycowych, ograniczonych do pewnych narządów, a objawiające się napadowemi zaburzeniami w czynnościach tych narządów, zwłaszcza pod wpływem znużenia. Najprostszym tego przykładem iest chwilowe wypowiadanie służby przez serce, dotknięte miażdżycą tętnic wieńcowych. Tego rodzaju napady chorobowe, spotykane nietylko w zakresie czynności serca, nazwał Grasset, »chromaniem napadowem danego narządu«, i zwrócił uwagę, iż cały szereg objawów chorobowych, powstających w zakresie lub za pośrednictwem układu nerwowego, należy pojmować, jako takie »napadowe chromanie poszczególnych części układu nerwowego«.

Jeśli zmiany w ścianach naczyń dojdą wysokiego stopnia, to powstają dobrze znane postacie chorób układu nerwowego, polegające na tworzeniu miażdżycowych się ognisk rozmięknienia w mózgu lub rdzeniu (*encephalomalacia arteriosclerotica*, *myelomalacia arteriosclerotica*). Zanim jednak zaburzenia w krążeniu wywołają rozpad tkanki nerwowej, może przedtem wystąpić, i zazwyczaj występuje okres choroby, w którym niedostateczne odżywienie wywołuje jedynie napadowo występujące zaburzenia czynności. I tak, jeśli głównie mózgowe naczynia zostaną miażdżycą dotknięte, to mogą się pojawiać przemijające napady utraty pamięci, nagle występujące i krótkotrwałe zmniejszenie się zdolności pojmowania, napady niemoty, przemijające porażenia połowicze lub tylko jednej kończyny (monoplegie) mózgowego pochodzenia. Oto z kliniki zaczerpnięty przykład. Cierpiący na ogólną miażdżycę tętnic chory poczyna się skarżyć na cierpnięcie prawej górnej kończyny, później na sztywność i upośledzenie władzy w tej kończynie, wreszcie występuje typowa niemota ruchowa (*aphasia motoria*), która tem więcej chorego drażni, iż jest zupełnie przytomny. Po kilku godzinach wszystko mija bez śladu. Rzeczywiście trudno taki napad inaczej zrozumieć, jak tylko przyjmując zaburzenia w odżywieniu trzeciego zakrętu czołowego, tudzież środkowych części zakrętów centralnych po stronie lewej. Mniej znamienne przypadki, w których u ludzi, miażdżycą dotkniętych, występuje napad chwilowej utraty pamięci, połączony n. p. z również przemijającym napadem niedowładu połowiczego, znane są każdemu. Spotyka się czasem nader pouczające przypadki, w których u ludzi, miażdżycą dotkniętych, po wysiłku umysłowym następuje chwilowe, przemijające, ale bardzo silne zmniejszenie świadomości i inteligencyi, co jednak po krótkim wypoczynku zupełnie przemija. Sprawozdawcy znany jest przypadek, tyczący się starszego mężczyzny, u którego można było wprawdzie badaniem stwierdzić miażdżycę, który jednak innych dolegliwości zupełnie nie miał, jak tylko tę, iż nie mógł naukowo pracować, a to z tego powodu, iż po krótkiej chwili usilniejszej pracy, która zrazu szła doskonale, odczuwał trudność w myśleniu i pojmowaniu, występującą bardzo nagle i wzrastającą tak gwałtownie, iż praca dalsza stawała się wręcz niemożliwą.

Tego rodzaju najrozmaitsze napady nazywa Grasset w myśl powyższych wywodów »chromaniem napadowem mózgu«. — Wiedzie ono w dalszym swym rozwoju do napadu udarowego lub wysepkowego stwardnienia mózgu (*cerebrosclerosis lacunaris*) Pierre-Mariego [2]).

Napady oddychania o typie Cheyne-Stokesa, napady bardzo znacznego zwolnienia czynności serca (*bradycardia*) lub przyspieszenia (*tachycardia*), niemiarowości, lub wreszcie zawrotów głowy, występujące bez zmian w odpowiednich narządach, t. j. w sercu, płucach, uszach i t. d., i to u ludzi, miażdżycą dotkniętych, odnosi Grasset do niedostatecznego odżywienia rdzenia przedłużonego i nazywa je jego »chromaniem napadowem rdzenia przedłużonego«. Według Grasseta zdarza się ono nietylko w przebiegu miażdżycy, ale także w przebiegu zatruć nikotyną, wyskokiem, tudzież u ludzi, dotkniętych kiłą. Zawsze jednak za powód tych różnorodnych napadów uważać należy niedostateczne odżywienie rdzenia przedłużonego.

Co do »chromania napadowego rdzenia«, sądzi Grasset, iż obok postaci, opisanej przez Dejerina, to jest tej, w której zaburzenia dotyczą strony ruchowej rdzenia, należy jeszcze wyróżnić drugą postać, tyczącą się strony czuciowej. — W tej postaci występują napady bolów opasujących, kurczów żołądka, przypominające poniekąd napady żołądkowe w wiądzie rdzenia (*crises gastriques*), to znowu napady bolów lub parestezyi w kończynach. — Tego rodzaju napadowe zaburzenia w zakresie czucia nazywa Grasset »chromaniem napadowem tylnej części rdzenia«, dla odróżnienia od postaci ruchowej, opisanej przez Dejerina, którą nazywa »chromaniem napadowem przedniej części rdzenia«. Zarówno postać »chromania napadowego rdzenia« opisana przez Dejerina, jak i postać, opisana przez Grasseta, polega na miażdżycowych zmianach w tętnicach rdzeniowych, które upośledzając odżywienie odpowiedniej części rdzenia, wiodą do napadowo występujących zaburzeń odpowiednich czynności.

Ale Grasset idzie dalej. Według niego układ nerwowy, jako najtkliwszy na wszelkie braki odżywienia, oddziaływa klinicznie nadzwyczaj silnie na drobne nawet i miejscowo ograniczone zmiany tętnic, które do niego krew doprowadzają. Zależnie od siedziby zmian w tętnicach i kliniczne objawy będą bardzo różne. To też zgodnie ze swem, w innej pracy wyrażonem zapatrywaniem, iż w klinice należy się trzymać nie anatomicznego podziału układu nerwowego, ale fizyologicznego [3]), odróżnia on następujące postacie »chromania napadowego».

I. Chromanie napadowe »psychiczne«: a więc zaburzenia napadowe inteligencyi, chwilowa utrata pamięci, krótkotrwałe bredzenia, napady nużliwości psychicznej.

II. Chromanie napadowe ruchowo-czuciowego układu nerwowego:

a) Typ ruchowy: 1) wysoki: niedowład napadowy jednostronny; 2) nizki: chromanie napadowe Dejerina; 3) obwodowy, czyli mięśniowy: chromanie napadowe Charcota.

b) Typ czuciowy (Grasseta): 1) bólowy: bole przeszywające, napady trzewiowe bolesne, (żołądkowe, jelitowe i t. p.), napady uczucia opasywania, duszницy bolesnej wrzekomej, kolka miażdżycowa; 2) anestezye lub parestezye napadowe, akroparestezye napadowe.

III. Chromanie napadowe narządu oryentacyi i równowagi, a więc zawroty, przewracanie się i t. d.

IV. Chromanie napadowe nerwowego narządu mowy: niemota (*aphasia*, *dysarthria*, lub *anarthria* przejściowa).

V. Chromanie napadowe narządów nerwowych zmysłowych (wzrok, słuch, smak, powonienie). Grupa ta klinicznie opracowana dotychczas nie jest, a Grasset tylko teoretycznie przypuszcza jej istnienie.

VI. Chromanie napadowe narządów nerwowych, regulujących odżywienie, a więc krążenie: przyspieszenie, zwolnienie, niemiarowość czynności serca; oddychanie: typ oddechowy Cheyne-Stokesa; napadowo występujące zmiany w trawieniu, w odżywianiu skóry i t. d.

Ten Grassetowski schemat może zawiera więcej, niż tylko sprawy, już przez klinikę stwierdzone i opisane, jest on jednak pierwszą próbą syntezy rozstrzelonych kazuistycznych spostrzeżeń, oraz większych grup chorobowych, które teoretycznie ciekawe, mają i praktycznie, przy łożu chorego, niepoślednie znaczenie. Jeśli bowiem racyonalne leczenie jest tylko wtedy możliwe, jeśli się dany chorobowy obraz rozumie, to nie ulega wątpliwości, że znajomość wspólnej przyczyny, a rozmaitej siedziby tych »napadowych chromań« różnorodnych narządów jest i dla praktyka rzeczą ważną.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Glänzel. **Przypadek wyleczenia ciężkiego ogólnego tężca.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 5, 1907). Na mocy swego wyleczonego przypadku omawia autor leczenie tężca wogóle. Rokowanie wielce zależy od stanu serca. Gdy tętno szybkie, rokowanie złe, gdy się zwalnia, dobre. Korzystnie działają podawanie weronalu i ciepłe kąpiele. Jak wiadomo, tężec polega na zatruciu toksynami, wytwarzanemi przez prątki w miejscu zranienia. Miejscowo należy też gruntownie ranę odkazić, wyciąć lub wypalić. Surowicę płynną lub antytoksynę w proszku należy zastosować rychło w miejscu zranionem wprost lub podskórnie. Jad

[2]) P. Marie: La cerebrosclérose lacunaire progressive d'origine arterielle Sem. méd. 1904.

[3]) J. Grasset: Les centres nerveux. Physiopathologie clinique. Paris 1905.

rozchodzi się drogą krwi, a nie nerwów, wstrzykiwania więc do nerwów i rdzenia nie są uzasadnione. Wstrzykiwać należy sporo surowicy i to kilkakrotnie po 100—200 jednostek. Zapobiegawczo wstrzykiwać trzeba około 30—50 jednostek i to dwa razy w odstępie kilku dni. *Klęsk.*

Löwen. **Możliwość leczenia tężca kuraryną.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. XVI, Z. 4 i 5). U zwierząt, zatrutych toksyną tężca, udaje się w atmosferze tlenu lub przy sztucznem oddychaniu przez stosowanie porażenia kuraryną wstrzymać na dłuższy czas rozwój choroby. Często ostry stan w ten sposób przemienić można w przewlekły, uleczalny. Zwierzęta, zatrute toksyną tężca, są wrażliwsze na kurarynę, niż zdrowe. *Klęsk.*

Salfeld. **Leczenie przewlekłych chorób stawów fibrolizyną.** (*Therap. Monatsh.* Nr 12, 1906). S. poleca gorąco fibrolizynę w leczeniu przewlekłych zmian stawów. Nawet przy zapaleniu zniekształtniającem daje ona pewne dobre wyniki, jak znikanie bolesności i trzeszczenia, wessanie wysięku, zwiększanie się ruchomości. *Klęsk*

Perthes. **Nawykowe zwichnięcie barku.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 85). Przyczyną nawykowego zwichnięcia barku jest zanadto luźna torebka stawowa, dalej oderwanie mięśni od przyczepu przy guzku większym, lub wreszcie oderwanie wargi stawowej. Stąd racyonalnem jest leczenie operacyjne, które polega na zwężeniu torebki, przymocowaniu mięśni do guzka lub umocowaniu wargi stawowej. W ten sposób operował autor 4 chorych ze skutkiem bardzo dobrym. *Klęsk.*

Lauper. **Złamanie obojczyka.** (*Schweiz. Korresp.-Blatt* Nr 24, 1906). Autor zaleca celem leczenia złamań obojczyka ustalenie kończyny górnej na plecach (przedramię przebiega poprzecznie przez plecy) podług Bayera. *Klęsk.*

Voigt. **Linia Roser-Nelatona.** (*Zeitschr. f. Orthop. Chir.* XVI, Z. 3—4). Linii Roser-Nelatona używa się stale jako pewnika w badaniu stawu biodrowego. Tak pewną jednak ona nie jest, gdyż położenie krętarza zmienia się znacznie, zależnie od ułożenia kończyny dolnej, jak to Peters na zwłokach udowodnił. Autor badał tę linię na zwłokach i żywych i przekonał się, że badanie przy wyprostowanej kończynie niema wartości, a jedynie badać można przy zgiętem udzie (135°), chociaż tu błędy czasem wynoszą do 1 ctm. Położenie więc krętarza na 1—2 centymetrów ponad linią niema wielkiego znaczenia. O wiele lepiej badać położenie krętarza okiem, oglądając chorego z tyłu i porównując oddalenie krętarzy od grzebieni biodrowych. *Klęsk.*

Prof. Goldmann. **O braku zaburzeń po wycięciu kawałków z nerwów obwodowych.** (*Beitr. z klin. Chir.* T. 51, Z. 1). Wiadomo, że przecięcie nerwu mieszanego wywołuje zaburzenia ruchowe i czuciowe. Zwłaszcza pierwsze występują wybitnie. Również znaną jest rzeczą, że odnowa przeciętego nerwu postępuje zwolna. Wbrew temu coraz liczniejsze są spostrzeżenia natychmiastowego powrotu sprawności po przecięciu (z zeszyciem lub bez) nerwu, a nawet po wycięciu kawałka nerwu, mimo że na pewno stwierdzono brak nerwu dodatkowego. Autor spostrzegał i operował dwa takie przypadki. W jednym po wycięciu 5 ctm. z nerwu łokciowego (z powodu nerwiaka) i zeszyciu tegoż nerwu, sprawność ruchów po operacyi pozostała zupełna, a jedynie wystąpiły (na stałe) lekkie zaburzenia czucia w małym palcu. W drugim przypadku wyciął G. podobnie 5 ctm. z nerwu łokciowego i zjawiły się również tylko lekkie zaburzenia czucia, ruchowych zaś prawie nie było. Takie same spostrzeżenia ogłosił Monod co do nerwu promieniowego, Péan co do nerwów łokciowego i środkowego naraz, Fröhlich co do nerwu goleniowego i t. d. Uderza przytem, że wszystkie te operacye wykonano z powodu nowotworów w nerwach, które, jak wiadomo, bywają często wrodzone, a więc tu może trzeba szukać przyczyny tego ciekawego zjawiska, choć o zastępstwie przez sąsiednie nerwy o tyle nie ma mowy, że badania neurologiczne przed i po operacyi przemawiają przeciw takiemu przypuszczeniu. *Klęsk.*

Bernhardt. **O szczepieniu nerwów przy obwodowem porażeniu nerwu twarzowego, głównie z punktu neurologicznego.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chirurgie* T. 16, Z. 3). Obwodowe porażenie nerwu twarzowego próbujemy obecnie leczyć, łącząc ten nerw z jednym ze sąsiednich, a więc z podjęzykowym lub dodatkowym. Wyniki, podawane w piśmiennictwie, są różne, nieraz wprost sprzeczne. Jedni wszczepiają obwodowy koniec nerwu bocznie w nerw zdrowy, inni przecinają nerw zdrowy zupełnie i zeszywają tegoż koniec dośrodkowy z obwodowym końcem nerwu twarzowego, a to celem usunięcia niemiłych współruchów. Ta metoda poskramia wprawdzie współruchy, ale wpływa znowuż ujemnie na mięśnie zaopatrywane przez nerw zdrowy, wywołując ich zanik lub porażenie. I tak w kilku przypadkach po połączeniu nerwu twarzowego z podjęzykowym spostrzegano zanik połowy języka, trudności w połykaniu i mowie. Porażenie nerwu twarzowego trwać może nawet kilka lat, a mimoto skutek zeszycia nerwów bywa jeszcze dość dobry, czekać trzeba na niego jednak długo, czasem 2—3 lat i więcej. Ciekawą jest rzeczą, że często przy porażeniu mięśnie nie oddziaływają wcale elektrycznie, natomiast z cząstki nerwu twarzowego można choć słabe kurcze wywołać. Ponieważ jądra nerwu podjęzykowego leżą w sąsiedztwie jąder nerwu twarzowego, przeto najwięcej nadaje się do szczepienia nerw podjęzykowy, zwłaszcza, że następowe przypadłości porażne bywają po przecięciu tego nerwu słabsze, niż po przecięciu nerwu dodatkowego, a zmiany w mowie i połykaniu szybko o tyle się wyrównują, że nie sprawiają choremu żadnych dolegliwości. Po operacyi trzeba chorych uczyć, by wykonywali najpierw ruchy odpowiednimi mięśniami (nerwu zdrowego), chcąc poruszać twarzą, a przytem, by usilnie starali się poruszać także mięśniami twarzy. Najlepsze może wyniki otrzymał dotąd Gluck, ucząc niezmordowanie swego chorego tych wszystkich ruchów. Nieraz mimo przecięcia nerwu zdrowego pozostają jeszcze współruchy, co tłómaczyć należy sobie unerwieniem n. p. języka przy pewnych ruchach przez obie półkule. Asymetrya twarzy w spokoju wyrównuje się najlepiej po operacyi, potem najlepsze wyniki są co do czynności dolnych i średnich gałązek nerwu twarzowego, natomiast działanie górnej gałązki pozostawia wiele do życzenia. Tłómaczyć sobie należy ten fakt tem, że dolne gałązki biorą swój początek może z jądra nerwu podjęzykowego i przy porażeniu mniej cierpią, niż górne. Schäfer (Anglia) polecił używać do przeszczepienia nerwu językowo-gardłowego. Dotąd jednak tego nie próbowano zapewne z powodu, że nerw ten jest za mały i trudno go wyszukać. Po przecięciu nerwu dodatkowego ruchy ramienia i barku nie ulegają wielkiemu ograniczeniu; natomiast zniekształtnienie jest wielkie. Choć wrócą po operacyi ruchy czynne w mięśniach twarzy, to i tak jednak mimika zawsze pozostanie porażoną, bo są to dwie zupełnie różne od siebie czynności. Tak n. p. przy porażeniach połowiczych ruchy czynne twarzą są porażone, ale mimika pozostaje utrzymaną często, a naodwrót, przy zmianach we wzgórkach wzrokowych mimiki brak, choć twarzą chorzy ruszać mogą. Z pomocą szczepienia możemy też jedynie wrócić choremu ruchy czynne i usunąć asymetryę twarzy. Używać do szczepienia najlepiej nerwu podjęzykowego. Wobec tego, że dotąd operowano bardzo stare nawet porażenia z dobrym skutkiem, nie trzeba się odstraszać długiem już trwaniem porażenia, a kto wie, czy też w ten sposób nie będziemy mogli leczyć także starych porażeń nerwu twarzowego na tle gośćca i wpływów toksycznych. *Klęsk.*

L. Kredel. **O tamowaniu krwawienia przy operacyach na czaszce.** (*Zentralblatt f. Chir.* 1906, Nr 43). Zabiegi chirurgiczne na powłokach czaszki połączone są z silnem krwawieniem, które jednak odpowiednimi zabiegami daje się powstrzymać. Przy operacyach na mózgu traci się przytem dużo czasu na wstępne zabiegi. Dlatego K. równolegle do zamierzonego cięcia z jednej i z drugiej strony, przeprowadza przy pomocy długiej, prostej lub nieco zgiętej igły, gruby jedwab popod powłoki miękkie czaszki, tuż przy samej kości, następnie wiąże wystające końce nitki na odpowiednio (5—7 ctm.) długiej, lekko zgiętej lub prostej płytce metalowej, zaopatrzonej na obu końcach we wcięcia dla ustalenia pętli. Operując guz móżdżku, użył K. tego sposobu i stwierdził jego zalety, a mianowicie: sposób ten wymaga mniej czasu, niż obszycie sposobem Heidenhaina, i pozostawia skórę w naturalnem położeniu, co przy osteoplastycznem pokryciu ubytków płatami skórnokostnymi ma wielkie znaczenie. Sposób ten nadaje się również do operacyi naczyniaków jamistych. *Dr Kasprzyk.*

Beck. **O użyciu powięzi skroniowej do pokrycia ubytków w czaszce.** (*Annals of Surg.* 1906, sierpień). Ubytki w czaszce, nie dające się pokryć sposobem osteoplastycznym Müller-Königa, pokrywa B. płatem z okolicy skroni, złożonym z powięzi, mięśni i okostnej; płat ten zwraca powięzią ku mózgowi, a skórę przyszywa do okostnej. Sposób ten ma tę zaletę, że gładka powierzchnia powięzi, pokrywająca mózg, nie wytwarza drażniącej blizny, a okostna wytwarza cienką warstwę kości, znacznie wzmacniającą pokrycie ubytku. *Dr Kasprzyk.*

Moissonnier. **Zapalenie kości i okostnej** *(osteoperiostitis)* **w następstwie zapalenia zatoki czołowej.** (*Arch. d'Opht.* 1906, Nr 8). U 17-letniej dziewczyny podczas operacyi

ropnia zatoki czołowej wydobyto z kości czołowej martwak 3½ ctm. długi, 2 ctm. szeroki, nieregularnie ponadżerany. Zapalenie zatoki czołowej wystąpiło w tym przypadku bezpośrednio po błonicy gardła. Autor przypuszcza, że sprawa błonicza dostała się do zatoki czołowej z gardła przez jamę nosa. Jako najlepszy sposób postępowania operacyjnego zaleca autor w przypadkach zapalenia zatoki czołowej szeroką resekcyę przedniej ściany zatoki, wyskrobanie łyżeczką jej wnętrza i osączkowanie po części owem wycięciu kości sitowej. *K. W. Majewski.*

Doc. Malatin. **Przyczynek do kazuistyki zapaleń zatok czołowych.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 51). Autor (z Moskiewskiej Wszechnicy) opisuje nadzwyczaj rzadki przypadek wrodzonego braku połowy tylnej ściany zatoki czołowej. 47-letni chory zwrócił się do autora z powodu przetoki na czole. W środku nasady nosa owrzodzenie z podminowanymi brzegami, skąd się wydzielała ropa; zapomocą zgłębnika stwierdzono ropniak prawej zatoki czołowej. Po usunięciu przedniej ściany zatoki i ropniaka, który tętnił, autor stwierdził taki obraz: zatoka, dosyć duża, zaczynała się trochę na lewo od środkowej linii i szła daleko w prawo, na tylnej ścianie otwór owalny, długi 2 ctm., szeroki 1 ctm., o zupełnie gładkich, zaokrąglonych brzegach, na których niema ani śladu próchnienia kości. Do otworu od strony jamy czaszkowej przylega zupełnie prawidłowa powierzchnia tętniącej zatoki strzałkowej, na oponie twardej niema żadnych śladów sprawy zapalnej; odsuwając od kostnego brzegu otworu oponę twardą, można widzieć t. zw. grzebień koguci; napełniony ropą worek był przymocowany do kości w prawym rogu i leżał na zatoce strzałkowej, tętniąc wskutek tego, a ropa przebiła sobie drogą na zewnątrz przez przednią ścianę zatoki czołowej, oszczędzając miejsce najmniejszego oporu. *Z. Orłowski* (Ptbg.)

Prof. Franke. **Cięcie szyjne boczne w celu usuwania ciał obcych z przełyku bez otwierania go.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr. 50, 1906). W celu usunięcia połkniętych sztucznych zębów, uwięzłych koło krtani, wykonał autor cięcie boczne szyjne; następnie oddzieliwszy przełyk od otoczenia tak, że mógł go w dwa palce ująć, zdołał bez otwarcia wycisnąć niejako zęby z powrotem do jamy ustnej. Ten sposób postępowania przedstawia najmniej niebezpieczeństwa dla chorego i skraca czas leczenia. *Kasprzyk.*

Położnictwo i ginekologia.

Hartmann. **Leczenie 12 przypadków zapalenia sutka** (*mastitis*) **zapomocą przyrządów ssących.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 6). Autor gorąco zaleca ten sposób leczenia i kończy swe wywody zdaniem: »Leczenie zapalenia sutków zapomocą przyrządów ssących według metody Biera, należycie zastósowane, jest dobrodziejstwem dla cierpiącej ludzkości, a lekarzowi otwiera szerokie pole wdzięcznej działalności«. *Engländer.*

Walther. **Czy należy zaopatrzyć położne w gumowe rękawiczki?** (*Münch. med. Wochs.* Nr 6, 1907). Na podstawie swego 20-letniego doświadczenia na stanowisku lekarza okręgowego sprzeciwia się W. zaopatrzeniu położnych w rękawiczki gumowe, jako rzeczy niepotrzebnej, drogiej i niebezpiecznej. Najlepszym środkiem do zapobieżenia zakażenia rodzących przez położne jest dokładne i sumienne mycie rąk i pola operacyjnego; W. zaleca gorąco sposób Ahlfelda mycia rąk, jako dotychczas najlepszy. Również autor przechyla się do zdania Leopolda, by przedłużyć kursa dla położnych, na których należy starać się o większą wprawę w badaniu zewnętrznem, przez co badanie wewnętrzne, a co za tem idzie i zakażanie przez palec badający, — należeć będzie do rzadkości. *Engländer.*

Herff. **Postępowanie przy zatrzymaniu błon płodowych.** (*Correspbl. f. schw. Ärzte* 1906, Nr 22). H. oświadcza się za zdaniem Kaltenbacha, że przy zatrzymaniu błon płodowych najlepsze jest postępowanie wyczekujące, bo na 1000 przypadków przy wyczekiwaniu nie było ani jednego przypadku śmierci, ani ciężkiej choroby. Według ogólnego doświadczenia jest w trzecim okresie porodowym i w połogu każdy zabieg wewnątrzmaciczny dla zdrowia położnicy niebezpiecznym; nie jest też obojętnem nawet najlepiej wykonane ręczne oddzielenie błon, a tego pewnika nie osłabia okoliczność, że pewna liczba zabiegów, wykonana przez dobrych położników, nie wywołała powikłań. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Kubr. **O wewnątrzmacicznem zakażeniu płodu durem i o wydzielaniu prątków durowych przez gruczoł sutkowy.** (*Čas. čes. lék.* R. XLV, Z. 43). W danym przypadku u ciężarnej w piątym miesiącu ciąży nastąpiło poronienie w następstwie zakażenia durem. Za durem matki przemawiały wywiady i obraz kliniczny obok odczynu Widala i Fickera. Na agarze i w bulionie po zaszczepieniu z wątroby i płuc płodu wyrosły po 24 godzinach hodowle prątków durowych. Z mleka ciężarnej udało się sposobem Drigalskiego-Kaisera uzyskać czystą hodowlę prątka durowego. *Dr Soulavý* (Praga).

F. Neugebauer. **Kolpeurynter czy nóż? Przypadek wynicowania macicy pochodzenia połogowego.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 47). U 19-letniej pierwiastki pociągała położna, zniecierpliwiona zbyt długiem nieodchodzeniem łożyska, tak energicznie za pępowinę obok ugniatania od zewnątrz, że wywołała wynicowanie macicy. Nastąpiły krwawienia, osłabienie, a po 2 tygodniach dopiero lekarz skierował chorą do N., który stwierdził wszystkie typowe objawy wynicowania. Leczenie kolpeurynterem wywołało już po 2 dniach stan podgorączkowy z powodu odleżyn na macicy i pochwie, wytłómaczonych złym stanem ogólnym. Z przerwami stosował N. to leczenie przez 2 miesiące, ciągle bezskutecznie, poczem wykonał operacyę. Kierując się zasadami Piccolego, przeciął N. sklepienie tylne poprzecznie, a na palcu, wprowadzonym do lejka, przeciął nożem ścianę tylną (od strony lejka) prawie do samego dna (gdyż krótsze cięcie okazało się niewystarczające). Odprowadzenie udało się teraz bez trudności. Celem dostosowania brzegów otrzewnej przy szyciu musiał N. ściąć z brzegów wywiniętych pasek warstwy mięsnej i błony śluzowej. Szył jedwabiem w 2 piętrach. Zagojenie się doraźne. N. nie może sobie zdać sprawy ze źródła gorączki podczas leczenia zachowawczego, dochodzącej do 39° przy dobrym stanie podmiotowym. Obawa tyłozgięcia ustalonego po operacyi okazała się w tym przypadku niesłuszną. Ciekawą jest rzeczą, czy i jaki wpływ wywrze zabieg na przebieg późniejszych ciąż i porodów. *B. Wojciechowski.*

R. Mond. **Przypadek donoszonej ciąży zewnątrzmacicznej.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 47). Wieloródka 30-letnia nie miała miesiączki od kwietnia do grudnia 1905 r., nie odczuwała dolegliwości i mniemała, że jest w prawidłowej ciąży. Ruchy od końca sierpnia. Z początkiem stycznia 1906 bole kurczowe dołem i krwawienie z części rodnych. Od tego czasu ustały ruchy, a dolegliwości i gorączka powtarzały się aż do czerwca, w którymto czasie badał chorą M. Stwierdził 39·6, 120, brzuch powiększony, jak z końcem ciąży, bolesny, szczególnie po stronie prawej; części płodu z powodu napięcia nie można wymacać, tętna niema. Obok guza macica ku tyłowi i stronie lewej. Przy laparotomii stwierdzono guz jajowodowy, zrosty z siecią, jelitami i otrzewną; wewnątrz guza cuchnąca ropa; wymokły płód i łożysko. Mimo trudności udało się wyłuszczyć guz w całości. Przydatki lewe prawidłowe. Sączkowanie ku pochwie. Płód mierzył 35 ctm. Wyleczenie. *B. Wojciechowski.*

A. Stein. **Dziewica trzyletnia.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 6, 1907). Autor podaje przypadek przedwczesnego miesiączkowania bolesnego u dziecka trzyletniego krzywiczego. Pierwsza miesiączka w 7. miesiącu życia, odtąd regularnie co miesiąc, bolesna. Podczas miesiączki dziecko pozostaje w łóżku, płacze, jest bardzo wrażliwe. Dziecko rozwinięte ponad miarę i waży 22.5 klgr., długość 110 ctm. (prawidłowo 3-letnie dziecko waży 12·4 klgr. i jest 85·5 ctm. długie). Drugorzędne znamiona płciowe rozwinięte: uwłosienie sromu i pachy, powiększenie gruczołu mlecznego i warg sromowych. Popęd płciowy wyraźny; samogwałt i skłonność do płci męskiej. We krwi miesiączkowej obok śluzu nabłonki i ciałka śluzowe. Przyczynę wczesnego rozwoju należy upatrywać w pierwotnym przeroście jajników. Objaw ten chorobowy powstaje w następstwie wodogłowia, krzywicy, lub mięsaka jajnika. Podawano środki przeciw krzywicy, tran rybi z fosforem i kąpiele słone, z dobrym skutkiem. Badania wewnętrznego autor nie dokonał. *Engländer.*

Mensinga. **Czy nie należy nigdy wywoływać sztucznej niepłodności u kobiety?** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 45). Wbrew zdaniu Rocharda uważa M. zabiegi w powyższym celu w pewnych razach za usprawiedliwione. Czyż zgodziłby się kochający mąż z lekkiem sercem narażać żonę na niebezpieczeństwo życia, skoro go uniknąć można? Sposobów, zapobiegających ciąży, lekkomyślnie polecać nie można, a trudno również wymagać wstrzemięźliwości zupełnej w małżeństwie Wystąpienie cięższych objawów wypadowych przedwczesnych nie może tu rozstrzygać, gdyż dają się one luteiną złagodzić. Tylko zdrowa matka ze zdrową piersią daje nadzieję silnego potomstwa, jakiego i społeczeństwo potrzebuje. Wybór odpowiedniej drogi pozostaje w ręku lekarza. *B. Wojciechowski.*

Gutbrod. **Nowy cewnik maciczny.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 45). G. poleca swój cewnik, posiadający 4 rowki, biegnące wzdłuż całego narzędzia. Płyn dochodzi przez otwór na

końcu i dwa otwory boczne. Budowa prosta, oczyszczenie łatwe. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

Gruzdew. **Przyczynek do sprawy ciał obcych w jamie brzusznej i o zachowaniu się otrzewnej wobec ciał obcych.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 46). U obecnie 58-letniej wieśniaczki, wieloródki, nie miesiączkującej od 16 lat, wykonano przed 7 laty zabieg operacyjny z powodu dużej torbieli jajnikowej. Po operacyi przez rok stan dobry, potem coraz dokuczliwsze bole; od roku ograniczyły się one ściśle do miejsca, w którem widać od 3 miesięcy koniec metalowego spiczastego ciała obcego. Miejsce to leży 4 palce nad pępkiem po stronie prawej; dokoła niego bolesność i odgłos przytłumiony, bębenkowy. Od pochwy wyczuwa się w zatoce Douglasa trzonek tegoż narzędzia. Ruchomość nieznaczna, sklepienie tylne niebolesne. Długość narzędzia wynosi około 20 ctm. Przez kolpotomię tylną wydobył G. kleszczyki Terriera, długości 22 ctm. Prawie całe narzędzie pokryte błoną, złożoną z warstwowanej ścięgnistej tkanki łącznej. Otrzewna, dostępna oku przez ranę, wyglądała prawidłowo. Wyleczenie. — W znanem zestawieniu Neugebauera są tylko 3 przypadki, w których chodziło o podobnie duże ciała obce. Mniejsze narzędzia odchodziły lub bywały wydalane zazwyczaj w czasie o wiele krótszym. Uwagi godnym jest brak wszelkich uszkodzeń narządów w opisanym przypadku. G. stosuje z innych powodów przepłukiwanie jamy brzusznej stale po każdej operacyi rozczynem fizyologicznym soli, przyczem ma sposobność obejrzeć dokładnie jamę brzuszną. Na 400 tak traktowanych przypadków spotkał się raz z zapomnianem w jamie brzusznej narzędziem. *B. Wojciechowski.*

F. Lichtenstein. **Przyczynek do etyologii zaciśnięcia krezkowego dwunastnicy.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1906, Nr 44). 29-letnia wieloródka, doznaje od roku, t. j. od ostatniego porodu, kłucia w prawem podbrzuszu. Operacya stwierdza włókniak międzyblaszkowy po stronie prawej. Czwartego dnia po op. tęt. 116, ciepł. 37·3, stłumienie nad całą lewą połową brzucha, tamże opór ciastowaty i tkliwość; brak wiatrów. W następnych 2 dniach wymioty i czkawka przy niskiej ciepłocie. Szóstego dnia relaparotomia, wśród której znaleziono otrzewnę połyskującą, lecz nastrzykaną i zlep 2 pętli w okolicy prawego rogu macicy. Po rozlepieniu pętli zamknięto jamę brzuszną. Po 1½ godzinie śmierć. Wynik sekcyi: żołądek ogromnie rozdęty, sięga 3 palce nad spojenie, wypełnia środkową część jamy brzusznej; jelita cienkie zepchnięte do miednicy małej; naczynia żylne rozszerzone; silne wzdęcie górnej części dwunastnicy aż do przejścia pod krezkę; jelita cienkie i całe jelito grube zapadnięte; świeże naloty włóknikowe na otrzewnej żołądka. Rozpoznanie: niedrożność dwunastnicy wskutek zaciśnięcia przez krezkę. Gdyby się było udało przed powtórną operacyą wytłómaczyć sobie należycie stłumienie, pochodzące jedynie od przepełnionego żołądka, to leczenie byłoby proste i wdzięczne. Do zlepu bowiem owych pętli jelitowych nie można przywiązywać większego znaczenia. Za czynnik etyologiczny uważano dawniej pociąganie trzonu krezki przez jelita cienkie, które w stanie opróżnienia opadają ku miednicy małej, szczególnie przy zbyt długiej krezce, wychudnieniu, wiotkich powłokach i silnem wygięciu lędźwiowej części kręgosłupa ku przodowi; rozdęcie żołądka byłoby objawem następowym. Później nadano rozdęciu żołądka znaczenie pierwotne, a jako przyczynę tego objawu przytaczano niedomogę ruchową żołądka, działanie trujące narkotyku i przepełnienie pokarmami. Ponieważ, jak piśmiennictwo wskazuje, zdarzają się przypadki takie także u ludzi nieusypianych i nieoperowanych, z drugiej zaś strony widuje się tylu ludzi, dotkniętych znacznem rozszerzeniem żołądka, a niedoznających nawet przejściowych napadów, przeto skłonny jest autor przypisać główne znaczenie pewnym nieprawidłowościom w rozwoju dwunastnicy, przytoczone wyżej czynniki odgrywałyby natomiast rolę wtórorzędną. *B. Wojciechowski.*

Stuhl. **Leczenie złamania ramienia, powstałego wśród porodu.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 3, 1907). Zapomocą trwałego wyciągania przylepcem udało się autorowi wyleczyć złamane podczas porodu ramię bez skrócenia. Opatrunek taki działa bardzo dobrze, co S. udowadnia rentgenogramami. Nieznaczne przesunięcie odłamków w bok, jakie zdarzyć się może przy tym sposobie leczenia, niema znaczenia. W pierwszych dniach po porodzie dziecko należy karmić mlekiem matki, uzyskiwanem zapomocą pompki. Później, gdy matka już chodzi, może, nachyliwszy się nad dzieckiem w kołysce leżącem, podawać mu pierś. *Engländer.*

Fiedler. **Leczenie wielkich przepuklin pępowinowych.** (*Deutsche med. Wochs*, Nr 3, 1907). F. operował skutecznie przypadek przepukliny pępowinowej u dziecka słabo rozwiniętego, 2 klgr. ważącego. W okolicy pępka był guz, w obwodzie mający 22 ctm., zawierający wątrobę i kilka pętli jelitowych. Operacya bez uśpienia. Rana zagoiła się doraźnie. Dziecko po 2½ tygodniach ważyło 4,25 klgr. Rokowanie tego cierpienia było dotychczas nie bardzo pomyślne. Leczenie powinno być doszczętne i rozpocząć się bardzo wcześnie. *Engländer.*

F. Neugebauer. **Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu (zroślaki)** (*monstra duplicia*). (*Gaz. lek.* 1907, Nr 1—5). W pierwszej części pracy podaje autor dokładne opisy przypadków z licznemi rycinami, w części drugiej, która wkrótce się ukaże, poda postępowanie lecznicze przy porodzie zroślaków. W części pierwszej, opierając się na piśmiennictwie ojczystem i obcem, wylicza autor liczne rodzaje potworków, zastanawia się nad ich powstaniem, zdolnością do życia i ich znaczeniem sądowo-lekarskiem. Ta część pracy nie nadaje się do krótkiego streszczenia. W końcu przytacza N. najnowsze wyniki doświadczalne teratogeniczne prof. Borna, nazwane przez niego »transplantacyą embryonalną«. Ze stanowiska sądowo-lekarskiego należy według Geoffroy-Saint-Hilaire, oraz Tardieua i Langiera uważać potworki podwójne za dwa odrębne osobniki. Wreszcie omawia autor sposób operacyjnego odłączenia zroślaków i dochodzi do wniosku, że tylko zroślaki mieczykozrosłe nadają się do operacyi; inne potworki podwójne nie. *Engländer.*

Neurologia.

Żalplachta Jan. **Przypadek psychozy Basedowa pod postacią bezmysłu** (*amentia*). (*Spitalul* 1906, Nr 20). Przypadek autora dotyczył 32-letniej kobiety, u której obok typowych objawów choroby Basedowa, jak przyspieszenia tętna, wola, wysadzenia gałek ocznych, dermografizmu, ustania miesiączki, rozwinął się obraz choroby umysłowej, znamiennej dla bezmysłu (*amentia, confusion mentale*), a więc zaburzenia percepcyi, omamy i złudzenia, *incohaerentia idearum*, utrata oryentacyi, gadatliwość (*logorrhoea*), niepokój ruchowy. Związek przyczynowy zaburzeń psychicznych z chorobą Basedowa nie ulegał wątpliwości, a najwymowniej dowodziło go słabnięcie objawów psychicznych w miarę poprawy objawów choroby Basedowa. Przypadek Ż. zasługuje na uwagę ze względu na to, że zaburzenia psychiczne w toku choroby Basedowa mają zazwyczaj postać zadumy lub manii, a bardzo rzadko postać bezmysłu. *W*

Schlub. **Siedziba niemoty.** (*Correspbl. f. schw. Aerzte* 1907, Nr 1). S. roztrząsa dotychczasowe zapatrywania na niemotę i nowe poglądy Pierre-Mariego: Właściwy ośrodek mowy, sfera Wernickego, nie jest ośrodkiem zmysłowym, lecz intelektualnym. Trzeci lewy zakręt skroniowy nie jest ośrodkiem zmysłowych akustycznych obrazów słownych. Czysta podkorowa głuchota słowna nie istnieje. Zakręt kątowy (*gyrus angularis, pli courbe*) nie jest ośrodkiem wzrokowych obrazów słownych. Marie rozróżnia: 1) *Aphasie intrinseque* (właściwa, wewnętrzna niemota). Sfera Wernickego, sfera mowy lub wychodzące z niej włókna są zajęte tutaj bezpośrednio i w znacznym stopniu 2) *Aphasie extrinseque* (rzekoma, zewnętrzna niemota). Sfera Wernickego, sfera mowy lub wychodzące z niej włókna nie są bezpośrednio zajęte. Dotknięte one są tylko pośrednio, bądźto wskutek *a)* ogniska w płacie językowatym i wrzecionowatym (*lobus lingualis et fusiformis*): czysta aleksya, czysta głuchota słowna,— bądź wskutek *b)* ogniska w jądrze soczewkowatem: anartrya, czysta niemota ruchowa. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń)

Ganser. **W sprawie leczenia obłędu opilczego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 3). Autor stoi po stronie tych lekarzy, którzy choremu odrazu zupełnie odejmują wyskok. Ze statystyki autora wynika, że najlepsze wyniki daje podawanie naparstnicy, a w razie grożącego zapadu także i kamfory. Najczęściej bowiem śmierć następuje ostatecznie skutkiem porażenia serca. *Dr Maryan Godlewski.*

Okulistyka.

Rollet. **Postacie kliniczne gruźlicy powiek.** (*Revue gen. d'opht.* 1906, Nr 9). Autor opisuje 3 różne postacie zmian gruźliczych na spojówce: postać guzkową, postać wrzodziejącą, a wreszcie trudną nieraz do poznania postać przerostową. Niektóre przypadki, należące do trzeciej postaci, naśladują do złudzenia jaglicę. W chrząstce powiekowej przybiera gruźlica postać bądźto rozlaną, przypominającą jaglicze lub kiłowe zapalenie tarczki, bądź może ograniczyć się do jednego lub kilku gruczołów Meiboma i wytworzyć guzek, nie różniący się zewnętrznie niczem od zwyczajnej gradówki. Na skórze powieki występuje

gruźlica w takich samych postaciach, jak na skórze innych miejsc ciała. Szczególny nacisk kładzie autor na zmiany gruźlicze w tkance podskórnej. Spostrzegał on tutaj gruźlicę w postaci zimnego ropnia, oraz nieopisany dotąd rodzaj gruźlicy, tworzącej w tkance podskórnej powieki liczne drobne twarde guzki. Drobne te guzki dają się pod skórą przesuwać, a również skóra, zresztą zupełnie niezmieniona, przesuwa się nad nimi swobodnie.
Doc. K. W. Majewski.

Chevallereau i Pollack. **O barwnej tatuacyi rogówki.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 6). Celem barwnej tatuacyi jest nadanie plamom rogówkowym, położonym poza obrębem źrenicy, koloru jaknajpodobniejszego do barwy tęczówki. W ten sposób plamy te stają się znacznie mniej widoczne. Oprócz tego tatuacya barwna może służyć do zamaskowania szpary tęczówkowej (*coloboma*) przez zabarwienie części przeźroczystej rogówki, przed tą szparą położonej. Wynik bywa korzystny tak pod względem kosmetycznym, jak pod względem optycznym. Z całej palety różnych barwików, nadających się do barwienia rogówki dzięki temu, że nie wywołują odczynu zapalnego i nie zmieniają się, zatrzymali autorowie tylko kilka najmniej drażniących, a pozwalających uzyskać przez zmieszanie prawie wszystkie możliwe odcienia koloru tęczówki. *Doc. K. W. Majewski.*

Sauvineau. **Pierwotny wrzód kiłowy na spojówce gałkowej.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 5). Autor opisuje przypadek pierwotnego wrzodu kiłowego na spojówce gałki między mięskiem łzowem, a brzegiem rogówki. Poszukiwanie krętka bladego dało wynik ujemny, prawdopodobnie jednak tylko z powodu niedostatecznej techniki badania, bo w kilka tygodni wystąpiły niewątpliwe zmiany drugorzędne na skórze i błonach śluzowych. Głównym objawem, na którym autor oparł swe słuszne, jak się okazało, rozpoznanie, było stwardnienie podstawy wrzodu. Prócz tego za kiłą przemawiał twardy i niebolesny obrzęk gruczołów podszczękowych. *Doc. K. W. Majewski.*

Steiner. **Plamy barwikowe na spojówce.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 6). O ile u rasy białej plamy barwikowe w spojówce zdarzają się bardzo rzadko i bywają uważane za zmianę chorobową, o tyle u rasy czarnej, czerwonej i żółtej należą one do zjawisk codziennych. Autor rozróżnia 3 rodzaje plam barwikowych, spotykanych na spojówce u mieszkańców Jawy: 1) szare lub brunatne ogólne zabarwienie spojówki gałki na przestrzeni, nie osłoniętej powiekami, zależne zatem od działania światła słonecznego. 2) Ciemne, ostro ograniczone ogniska, będące poprostu wrodzonemi znamionami barwikowemi. 3) Ciemne plamy, występujące na spojówce powiek u Arabów i Murzynów, dotkniętych jaglicą. Oczywiście niema tu autor na myśli srebrzycy (*argyrosis*), która występuje po dłuższem używaniu azotanu srebra bez dostatecznego spłukiwania. *K. W. Majewski.*

Brunetière. **Krwistek samoistny oczodołu u kobiety.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 6). Do skąpej dotychczasowej kazuistyki dorzuca autor dwa własne spostrzeżenia, odnoszące się do młodych kobiet, z których jedna dostała krwotoku oczodołu z wysadzeniem gałki, obrzękiem powiek i bolami w 3 dni po odstawieniu dziecka od piersi, druga zaś, cierpiąca na bolesne miesiączkowanie, dostała tych samych objawów na jednem oku podczas miesiączki, jak zwykle skąpej i połączonej z ogólnem osłabieniem. W obu przypadkach wykonano kilkakrotne nacięcie celem wypuszczenia krwi i wydobycia strzępów, krew jednak za każdym razem zbierała się ponownie i tak obrzęk, jak bole powracały. Pomyślny skutek wywarło dopiero założenie sączka kauczukowego w głąb oczodołu. U drugiej chorej sprawa zakończyła się wyłuszczeniem gałki ocznej, z powodu zaniku nerwu wzrokowego oślepłej. *Doc. K. W. Majewski.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Stosunek mężczyzny do kobiety określa, jego zdaniem, najlepiej Göthe słowami: »musisz być młotem lub kowadłem«, gdyż mężczyźnie pozostaje do wyboru jedynie »stać się tyranem, lub niewolnikiem kobiety«. A ponieważ »w namiętności mężczyzny tkwi siła kobiety«, więc też »rychło spoczywa głowa jego w jarzmie i rychło czuje jej bicz na sobie«. Zresztą sądzi, że »zdaje się być o wiele rozkoszniejsze stanowisko niewolnika pięknej kobiety«, lecz takiej, która umie »panować surowo« (»Wenus we futrze«).

Z tem zapatrywaniem, uznającem tylko typ masochiczny lub sadyczny mężczyzny, nie umie pogodzić faktu istnienia normalnego stosunku między mężczyzną i kobietą, albowiem stosunek taki jest, jego zdaniem, możliwy tylko »przy wyższym rozwoju duchowej natury« obojga. Tylko wtedy, gdy »przy fizycznem przeciwieństwie« uzyskają mężczyzna i kobieta »duchową zgodę« stanie się emancypacya kobiet rzeczywistością—(»Marcella albo baśń o szczęściu«).

Na takiem tle zapatrywania się na istotę stosunku płciowego mężczyzny i kobiety stwarza autor swe dwa typy stałe, t. j. typ kobiety okrutnej »demonicznej, która tak dobrze potrafi władać spojrzeniem i wachlarzem, jak biczem pogromcy niewolników lub toporem kata« (Fałszywe gronostaje: »Okrutna reklama«) i typ służalca »niewolnika« »psa« mężczyzny.

W »Nowej Pompadour« opowiada o złotowłosej aktorce, poślubionej z miłości przez młodego oficera, która »na widok cierpień i szaleństwa miłości swego męża zaczyna doznawać zadowolenia«; w »Demonie dziewiczości« porównuje »dumną i piękną« swą bohaterkę za Heinem z zamrożonym szampanem, u niej bowiem »drzemie pod lodową powłoką najgorętszy ekstrakt, który nieprzeparcie odurza szczęśliwego biesiadnika« i podnosi jako ideał kobiety w swem rozumieniu »Katarzynę II. rosyjską, tę piękną kobietę z kamiennem sercem, która każe udusić swego męża dla tego, ponieważ odważa się pokochać inną; — posyła Mirowicza na szafot, ponieważ doznaje okrutnej rozkoszy na widok przelanej z jej rozkazu krwi mężczyzny, którego jedyną zbrodnią było, iż ją zanadto uwielbiał«.

Godną bohaterką jego zapatrywań jest Elżbieta hr. Nadasdy (»Wieczna młodość«), która przy pomocy swego zwierzęcego siepacza Ipolkara, zamyka zwabione do siebie dworki do wyścielonego nożami wnętrza »żelaznej dziewicy« zawsze o pełni księżyca i kąpie się w ich krwi, aby w myśl zabobonu przedłużyć w wieczność swe wdzięki i młodość,—która z rozkoszą kłuje je do krwi szpilkami za najdrobniejsze uchybienia służbowe, patrzy z zadowoleniem, otulona w ciepłe futro, na śmierć powolną dziewczęcia, obnażonego i polewanego na mrozie lodowozimną wodą tak długo, aż się zamienia w bryłę lodu. Podobnie okrutną jest bohaterka innej jego nowelli (»Krwawe gody w Kijowie«) »carowa Olga«, mszcząca się potwornie i podstępnie na księciu Derewlan Maku i jego poddanych za zabicie męża swego »cara Igora«, lub Narda, niewolnica Włodzimierza, cara z Halicza (»Czarna carowa«), na którą car »z dziwnym postrachem spogląda« i powiada do niej: »Doznaję lęku przed majestatem twej piękności. Namiętność, szaleństwo, które budzisz we mnie, którem mnie podbijasz, odczuwam jak okrucieństwo! a jakaż rozkosz znowu pod bezlitosną i nieograniczoną twą władzą pozostawać. Rozkosz staje się męką, a męka rozkoszą! Milczałbym, gdybyś mnie biła, a nawet śmierć byłaby bolesną słodyczą«. Opętany wdziękiem Nardy car, udziela jej na jeden dzień nieograniczonej władzy, z której ona tak korzysta, że nakazuje ściąć głowy wszystkim bojarom, wreszcie jemu samemu za to, że przebrany za niewolnika, nalewając wina do puharu, wylewa nieco na ziemię. Wyrok śmierci spełnia na carze niewolnica murzynka, która w te słowa się odzywa: »Nie mogę żyć bez zabijania. Serce moje pożąda krwi, jak wasze pocałunków«. Anna Klauer (»Hyena puszty«), awanturnica, stawszy się księżną Porkany, biczowaniem zamęcza na śmierć swego dawnego kochanka i kąpie się w ściekającej z niego krwi, drżąc z rozkosznego wzruszenia. Bohaterka innej powieści (»Rozwódka«) w ten sposób przemawia do swego kochanka: »Gdy się tobą nasycę, — a znudzisz mi się równie prędko jak każdy inny, odepchnę cię nogą od siebie; więcej niż jednego już przyprawiłam o śmierć, wszystkie ziemskie i boskie obraziłam prawa; jestem szatanem, który świat ten za nic innego, jak tylko za obszar swoich łowów uważa". Na to przemówienie znajduje bohater tylko taką odpowiedź: »Ujrzałem ideał mój ucieleśniony przed sobą«.

Piękna Judyt (»Judyt z Białopola«) jak i ukochana odaliska hana tatarskiego, Polka, wzięta do niewoli, którą czyni bohaterką nowelli »Źródło łez«, są wprawdzie nie tyle okrutne, ile pełne męskiej mocy. Natomiast »słowiańska Galatea«, wykuta w marmurze starościna Tartakowska, jest już tylko wampirem, wysysającym zwolna krew z rozkochanego w niej młodzieńca, pod którego pocałunkami marmur się ożywia, choć nie uzyskuje uderzeń serca (»Umarli są nienasyceni«).

Potworną jest jego lunatyczka (»Noc księżycowa«), która, gdy mąż, przekonany o jej wiarołomstwie, zabija jej kochanka,

woli zaniechać zamiaru odebrania mężowi życia wystrzałem z tego samego pistoletu a natomiast dręczyć go ustawiczną niepewnością, że choć jest jego żoną, przecież może nią nie jest w istocie. Demonicznie przewrotnemi są także młynarka »Teodozya« (Własność: »Sąd ludu«), o której powiada, że »kiedy się ją ujrzało, stawały się nagle zrozumiałe owe metresy z gminu, z których nasi carowie, nasi królowie polscy (?), magnaci i bojarzy uczynili sobie niewolnice swych zachcianek«, lub Apolonia Berezenko (tamże: »Hajdamaka«) »kobieta jak szatan, piękna, wielka, silna, dumna«, lub czarująca Pennina mająca w sobie coś strasznego »jak piękność Naamah, niewieściego szatana«, która widząc w noc poślubną niezaradność męża swego, uczonego talmudysty, myśli sobie »głupcze, sądzę, że należałoby cię batem oćwiczyć, abyś pojął swoje szczęście« (tamże: »Hasara Raba«) i t. d.

Wszystkie bohaterki jego powieści przewyższa przewrotnością, wyuzdaniem i cynizmem Wanda Dunajew, heroina »Wenus we futrze«. W jej osobie krystalizuje on niejako swój uwielbiony typ kobiety-wampira, jak w ogóle cała ta powieść będąca w znacznej części spowiedzią z jednego okresu własnego życia stanowi syntezę jego zapatrywań na stosunek kobiety do mężczyzny, jej płciowo oddanego. Wanda »o martwych oczach z kamienia«, »o ciele z marmuru« opanowuje bohatera powieści »Seweryna«, mimo, iż on jako młodzieniec »pojmował miłość do kobiety jako coś szczególnie niskiego« i przykuwa go poglądem swym na życie: »Tylko użycie czyni byt nasz cennym; lecz kto chce używać, musi życie pojmować wesoło, jak starożytni; nie może się oprzeć rozkoszowaniu się kosztem drugich, nie śmie znać litości, musi drugich zaprządz do swego wozu lub pługa, jak zwierzęta, ... musi z nich uczynić swoich niewolników«. Do niej też słusznie może się odnosić zdanie autora: »Charakter kobiety polega na braku charakteru«.

Ten typ potwornej kobiety pociągał przeważną część męskich postaci, stworzonych przez autora częścią dla tego, że jak młody hr. Tarnow się wyraża: jest »w kobiecie coś wrogiego, pociąga mnie ona a zarazem przejmuje mnie lękiem«, częścią dla tego, że w myśl tegoż Tarnowa, słuszną wydaje się myśl wyrażona w »Uczcie« Platona, »iż mężczyzna i kobieta stanowili ongi jedną istotę, potem rozdzieloną, wskutek czego teraz szukają się nawzajem obie połowy (»Miłość Platona«). Jednak mimo tego pociągu do kobiet przewrotnych większości męskich postaci autora, zna on także i takich mężczyzn, którzy albo się od kobiet odwracają w ogóle lub też je lekceważą, a nawet nad niemi panują. Postacie te są atoli w pismach jego wyjątkami, nie mniej jednak ciekawymi. I tak wspomniany już hr. Tarnow umie się oprzeć wdziękom pragnącej uchwycić go w swe sieci księżnej Baragreff, bo jego zdaniem prawdziwa i bezinteresowna miłość może połączyć tylko mężczyznę z mężczyzną, bo kobieta w przeciwieństwie do mężczyzny, »uosobienia idealizmu i poezyi« »jest tylko szczerą prozą«; »jej zamiłowanie do nauki i sztuki jest tylko igraszką i próżnością. Z natury zmysłowa, żąda od mężczyzny, aby ją przedewszystkiem kochał zmysłowo; odczuwa ona przewagę jego ducha, uczucia i charakteru i wie, że musi go celem wyrównania różnicy podbić zmysłowo i uważa się za poniżoną, jeźli on jej nie pożąda; szczęśliwą jest dopiero wtedy, gdy mu to, czem ją przewyższa, t. j. rozum, odebrała« (»Miłość Platona«).

Nieco odmiennym jest jego »Don Juan z Kołomyi«, młody ruski ziemianin, który zdradzony przez ukochaną swą żonę, staje się uwodzicielem każdej kobiety, jaką na swej drodze napotka, a to w myśl słów Karamzina: »Więc unikaj zdrad hymenu. Twą nie stanie się kobieta. Ale kochaj i łudź wszystkie, Byś nie uległ sam ułudzie« [24]). (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXI. posiedzenie naukowe w d. 7. grudnia 1906.

(Protokół urzędowy.)

(Dokończenie.)

Dyskusya: Kol. Czyżewicz (jun.) podaje opis przebiegu choroby przedstawionego przypadku. Chora zgłosiła się po raz pierwszy w lipcu b. r. do szpitala, została przyjęta na oddział wewnętrzny II i stamtąd 12 lipca przeniesiona na oddział położniczo-ginekologiczny. Podawała ona wtedy, że rodziła 2 razy prawidłowo, ostatni raz przed 16 laty, że zawsze była zdrowa i tylko w ostatnich miesiącach miała czasami nudności i wymioty. Ostatnia miesiączka 12 marca. 29 czerwca dostała nagle kurczów w dole brzucha i zemdlała. Badanie stwierdziło nieco powiększoną macicę, a za nią rozlany opór w zatoce Douglasa, przechodzący na prawo i obejmujący tu przydatki macicy. Rozpoznano krwistek zamaciczny, najprawdopodobniej na podstawie ciąży zewnątrzmacicznej, po pęknięciu jajowodu lub poronieniu do jamy brzusznej, a próbne nakłucie przez sklepienie tylne potwierdziło obecność krwi w zatoce Douglasa. Na proponowany zabieg operacyjny chora się nie zgodziła i wyszła na żądanie 19 lipca do domu. Powtórnie zgłosiła się 26. listopada b. r. na klinikę ginekologiczną, gdzie jej nie przyjęto, lecz odesłano do szpitala, a tu pomieszczono ją na oddziale wewnętrznym drugim, skąd ją 27 listopada w południe przeniesiono na oddział położniczo-ginekologiczny. Tym razem przedstawiała chora na pierwszy rzut oka obraz silnego krwotoku. Osłabiona, blada, z kończynami zimnemi, miała jednak tętno niezbyt przyspieszone, około 100 na min., miernie dobrze napięte. Brzuch wzdęty, napięty, pozwalał ledwie na wybadanie dużego guza, miernie twardego, niebolesnego, który wychodził z miednicy małej, a przy badaniu wewnętrznem na odnalezienie po stronie lewej i od przodu oporu, który mógł odpowiadać powiększonej macicy. Części, ruchów, ani tętna płodu nie można było wykryć. Siary w sutkach prawie nie było i prócz podania chorej, że jeszcze przed 2 dniami czuła ruchy płodu, ledwie zasinienie części rodnych mogło wskazywać na możliwość ciąży. Nadto stwierdzono obrzęk skóry nóg i brzucha aż do pępka i w lewej pachwinie guz tkliwy, nie dający się odprowadzić, odpowiadający uwięzniętej przepuklinie, zwłaszcza wobec podania chorej, że guz ten ma od 10 lat i zawsze mogła go wsunąć z powrotem do brzucha, a od trzech dni odprowadzenie się nie udaje, że dalej od 24 godzin nie oddawała stolca i wiatrów i że wymiotowała kilkakrotnie. Badanie to dało więc rozpoznanie uwięzniętej przepukliny i krwotoku wewnętrznego. Co do powodu tego krwotoku, zachodziły pewne wątpliwości. Przeciw najprawdopodobniejszej przyczynie, tj. ciąży z pęknięciem macicy lub worka zewnątrzmacicznego, przemawiał wogóle brak pewnych objawów ciąży i kilku objawów prawdopodobnych, a nadto przeciw ciąży śródmacicznej wyczucie macicy obok guza i to, że z ujścia macicy nie odchodziła krew, przeciw zaś ciąży zewnątrzmacicznej brak krwawień przez cały czas choroby i to, że w lipcu stwierdzono krwistek zamaciczny. Wydawało się nieprawdopodobnem, żeby jajo, raz poronione do jamy brzusznej, mogło rozwijać się dalej, a również, żeby chora krwawiła z pęknięcia worka przy końcu ciąży, kiedy pęknięcia takie są raczej przetarciem, dokonującem się powoli i zwykle nie krwawią. Wobec tych wątpliwości nasunęła się myśl, czy nie chodzi o sprawę nowotworową, powstałą na tle ciąży zewnątrzmacicznej, przerwanej w lipcu, sprawę, która spowodowała utworzenie się dużego guza, krwawienie z naddarcia i drugorzędne wyparcie przepukliny. Obrzęk skóry brzucha i nędzny stan ogólny zdawały się nawet za tem przemawiać. Do pewnego rozpoznania można było dojść li tylko przez próbne cięcie bruszne, bardzo ryzykowne wobec stanu ogólnego. Zdecydowano się na nie i postanowiono równocześnie, w razie potrzeby, uwolnić przepuklinę od strony jamy brzusznej. Pomimo namawiania jednak chora nie zgodziła się na operacyę, tak, że nie pozostało nic innego, jak czekać. Wobec niewątpliwie uwięzniętej przepukliny przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny, gdzie dopiero wieczorem przy bardzo złym stanie ogólnym zgodziła się na operacyę przepukliny. Rozpoznanie, z którem została przeniesiona, brzmiało wtedy: *Haemorrhagia interna e tumore abdominis extrauterino, verisimiliter chorionepitheliomate maligno rupto. Hernia inguinalis sinistra incarcerata.* (Streszczenie własne).

Kol. M. Selzer wyjaśnia, że chora ta leżała na oddziale wewn. szpitala tylko przez kilkanaście godzin, poczem została przeniesiona na oddział położn.-ginekologiczny. Widoczna była silna niedokrwistość, istniały objawy, przemawiające za zajęciem otrzewnej, zapad, wymioty; na oddziale wewn. rozpoznawano ciążę i wewnętrzny krwotok.

Kol. prof. Ziembicki nie rozumie, dlaczego chorą tę skierowano z oddziału położn.-ginekologiczneoo na oddział chirurgiczny. Sądzi, że powinno się było bezwarunkowo dążyć do zabiegu, przedewszystkiem wskazanego, a więc do otwarcia jamy brusznej, wobec którego załatwienie się z przepukliną,

---

[24]) »Drum vermeide Hymens Falle, Hoffe nie, ein Weib ist dein! Aber lieb' und täusche alle, Um nicht selbst getäuscht zu sein«.

która, jak się potem przy nacięciu przekonano, nie istniała, było podrzędnej wagi. Tłómaczenie się kol. Czyżewicza, który do operacyi przepukliny wolał chorą przenieść na oddział chirurgiczny dla braku jakoby narzędzi odpowiednich, jest, zdaniem mowcy, niewystarczające, gdyż na oddziale położniczo-ginekologicznym, gdzie ma się tyle sposobności operować w obrębie uszkodzonych niejednokrotnie jelit, narzędzi stosownych nie może brakować. Mowca żałuje, że z powodu wyjazdu ze Lwowa nie widział tej chorej, kiedy na oddziale chirurgicznym zastanawiano się nad zabiegiem, jaki należałoby wybrać.

Kol. dyr. Starzewski miał sposobność widzieć chorą, jednakże dopiero po operacyi. Lekarze oddziału chirurgicznego wezwali go, jako dyrektora szpitala, na naradę w obec tego, że prof. Ziembickiego nie było we Lwowie. Mowca zastał chorą po herniotomii, opatrzoną grubym opatrunkiem, tak, że o jakiemś dokładnem zbadaniu nie mogło być mowy. Opierając się wszakże na wywiadach, pobieżnem zbadaniu brzucha i objawach krwotoku wewnętrznego, rozpoznał ciążę zewnątrzmaciczną, z pęknięciem w 9-ym miesiącu. Ze względu na dobre tętno, poprawiające się nawet stale, i ze względu że nie było nic do stracenia, radził mowca przystąpić do cięcia cesarskiego jak najrychlej. Ponieważ jednak chora na żadną operacyę więcej zgodzić się nie chciała, przypomniał ustawowy obowiązek wykonania cięcia cesarskiego *in mortua* natychmiast po śmierci. Od tej chwili chorej już nie widział. O ile wie, przeważyło nazajutrz zdanie, że jest to przypadek nowotworu złośliwego, nie zaś ciąża pozamaciczna i dlatego cięcia cesarskiego po śmierci nie wykonano.

Kol. doc. Sołowij, zaznaczając, że niełatwo wytworzyć sobie dokładny obraz stanu tej chorej, kiedy się jej nie widziało, sądzi, że najlepiej było w tym przypadku pozostać przy pierwotnem rozpoznaniu, o jakiem mówił kol. Czyżewicz, coby mogło było uchronić od błędu, zwłaszcza, że, jak wiemy, około 90% przypadków krwisteku zamacicznego, to ciąża zewnątrzmaciczna.

Kol. Wein dziwi się, że w przypadku tym nie było krwawień, które tak są zwyczajne w razie pęknięcia w ciąży zamacicznej. Dziwi się też, że tak mało zwracano uwagi na podanie chorej, jakoby czuła ona ruchy płodu, które dopiero kilka dni przed zgłoszeniem się jej miały ustać.

Kol. Czyżewicz sądzi, że na takich wywiadach trudno polegać, gdyż jest rzeczą znaną, iż chore nieraz mówią o ruchach płodu tam, gdzie, jak się pokazuje, nie ma mowy o ciąży.

Kol. W. Ziembicki zwraca uwagę na spostrzeżenie, które opisali w b. r. Baumgarten i Popper, a dowodzące, że w moczu chorych z ciążą zewnątrzmaciczną, pojawia się aceton i kwas acetooctowy. Objaw ten, którego przyczyny dopatrują ci autorowie w wylewie krwi do jamy brzusznej, mógłby zatem w przypadkach wątpliwych wspomagać rozpoznanie. W ostatnich tygodniach Wachsberg, na podstawie badania moczu w 7 przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej, dochodzi do wniosku, że jednak objawu tego nie należy uważać za pewny środek rozpoznawczy. Mowca, który miał sposobnośc badać mocz z przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, względnie krwisteku zamacicznego, z wynikiem co do acetonu dodatnim, sądzi, że zamało dotąd w tym kierunku posiadamy doświadczenia, aby wypowiadać stanowcze zdanie. Radziłby jednak w razie badania nie polegać na próbach Legala i Gerhardta, za mało czułych do wykrycia śladów ciał acetonowych, ale uciekać się do próby Liebena, względnie Arnolda—Lipliawskyego, której doskonałość udowadniał w swoim czasie.

Kol. Moraczewski nie widziałby nic szczególnego w pojawieniu się acetonu w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej i uważałby to tylko za wynik wessania nieprawidłowych produktów, przy czem acetonurya jest rzeczą zwykłą.

Kol. W. Ziembicki nie sądzi, aby rzecz była tak prostą, gdyż już w samychże skrzepach krwi, wylanej do jamy brzusznej, stwierdzano aceton. Może więc wytwarza on się tam, gdzie krew, zamknięta ścianami brzusznemi, nie znajduje odpływu tak, że wykrycie go w danym razie mogłoby być istotnie cechującem.

2) Kol. Moraczewski mówił o **lewulozuryi**. Po krótkim rzucie oka na piśmiennictwo, dotyczące tego rzadkiego zjawiska, na własności cukru owocowego i sposób jego wykrywania w moczu, wreszcie na znaczenie jego pojawiania się, nie dające się porównać z wydzielaniem cukru gronowego, bo znoszone przez ustrój ludzki obojętnie, — streszcza prelegent swe własne spostrzeżenia w dwu przypadkach lewulozuryi. W jednym z nich, u panny 16-letniej, stwierdził dość znaczne ilości lewulozy, która znikła następnie w czasie leczenia karlsbadzkiego i nie pojawiła się ani pod wpływem wewnętrznego podawania cukru owocowego, ani spożywania jakichkolwiek węglowodanów. W drugim przypadku, u młodego chłopaka, objawiającego znaczną nerwowość, lewuloza dawała się stwierdzić po przyjęciu potraw mącznych. Przy dyecie białkowej nie było jej. Pod wpływem spokoju, bromu, lecytyny, znikła prawie zupełnie. Prelegent sądzi, że lewulozę stwierdzalibyśmy znacznie częściej, gdyby się w tym kierunku zwracało baczniejszą uwagę.

Dyskusya: kol. W. Ziembicki sądzi również, że badanie co do lewulozy nie dość jest rozpowszechnione. Zaznacza, że w klinice lekarskiej badania tego nigdy się nie zaniedbuje, dzięki czemu przekonano się o nierzadkiej obecności cukru owocowego obok cukru gronowego w przypadkach cukrzycy. Podnosi wartość prób jakościowych, — byle były wykonane z wszelką dokładnością, — a więc próby Seliwanowa, jakoteż Neumana (orcynowej), zapomocą której, jak to przedstawił w b. r., można w jednej porcyi moczu wykryć obecność lewulozy obok dekstrozy, co wreszcie można sprawdzić zapomocą spektroskopu (kieszonkowego). Ujemny wynik tych prób zdaje się wyłączać obecność lewulozy. Wynik dodatni upoważnia do poszukiwań ilościowych, przyczem nie należy zapominać, że metody miareczkowe i i. odznaczają się błędami, co wobec małych zazwyczaj ilości lewulozy może wynik czynić wątpliwym.

Kol. Gittelmacher-Wilenko powątpiewa w praktyczność wykazywania ozazonu lewulozy zapomocą metylfenylhydrazyny, o czem wspomniał prelegent, zwłaszcza, gdy w tym samym moczu znajdą się oba gatunki cukru.

Sekretarz: *W. Ziembicki.*

II. posiedzenie naukowe w d. 15. lutego 1907.

1) Kol. prof. Łukasiewicz przedstawił szereg przypadków z lwowskiej kliniki dermatologicznej, a mianowicie: *a)* **lichen ruber acuminatus** u dorosłego mężczyzny; *b)* **lichen ruber planus** u mężczyzny 61-letniego i u chłopaka 12-letniego; *c)* **mycosis fungoides** u dorosłego mężczyzny; kol. Mahl (jun.) okazał *moulage*, znakomicie udany plastyczny model, wyobrażający *lichen ruber acuminatus*, wykonany przez siebie podług pierwszego z przedstawionych przypadków.

W dyskusyi przemawiał kol. Obtułowicz, podnosząc nader pouczające zestawienie przedstawionych przez prof. Łukasiewicza chorych i zapytując o dawki arszeniku, stosowanego w tych razach w klinice dermatologicznej. Kol. prof. Gluziński zaznaczył różnicę w dawkowaniu arszeniku w chorobach wewnętrznych i w dermatologii, gdzie dawki dochodzą do wysokości tak niezwykłej, że należałoby się obawiać zatrucia. Kol. prof. Łukasiewicz stwierdza, że przy należytej uwadze i śledzeniu stanu chorego można uniknąć wszelakich złych następstw leczenia arszenikiem tak, że wśród tysięcy przypadków nie spostrzegał ani razu zatrucia. W szczególności zaś żadnych niepomyślnych skutków leczenia atoksylem, który obecnie należy w klinice dermatologicznej do najbardziej używanych, nigdy nie zauważył. Kol. prof. Halban sądzi, że w przypadkach zatrucia arszenikiem w czasie leczenia, chodzi prawdopodobnie o idyosynkrazyę, gdyż niejednokrotnie już małe dawki są przyczyną objawów zatrucia, jakiego kiedyindziej po wielkich nawet dawkach się nie spostrzega.

2) Kol Czyżewicz (jun.) przedstawił przypadki i preparaty ze szpitalnego zakładu położniczo-ginekologicznego, a mianowicie: *a)* chorą, u której istniał popołogowy **naciek omaciczny**, wywołujący następnie zrosty jelitowe i wreszcie **przetokę kałową**. Przetoka ta uchodziła zrazu za miejsce przebicia zropiałego nacieku omacicznego; dopiero pojawienie się w otworze glisty zwróciło uwagę we właściwym kierunku. Prelegent okazuje pętlę jelita, przebitą w paru miejscach, a usuniętą przy laparotomii. Chora ma się zupełnie dobrze. *b)* Następnie okazał preparat ciąży **zewnątrzmacicznej**, a wreszcie *c)* preparat **torbieli jajnika**. W tym ostatnim przypadku zasługiwała na uwagę niezwykła niemiarowość tętna, która natychmiast po operacyi (wydobyciu torbieli) bezpowrotnie ustąpiła.—W dyskusyi podnosi kol. prof. Gluziński częstość podobnych niemiarowości tętna u osób, dotkniętych cierpieniami narządu rodnego.

W. Ziembicki.

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Około siedemkroć koron (367.606 złr.) w r. 1875, a prawie półczwarta miliona (3,346.282) koron w r. 1904 jako roczny wydatek na cele zdrowia publicznego z funduszów krajowych oprócz kwot, wydawanych na te cele przez rząd, rady powiatowe i gminy, — obniżenie się w tymże okresie czasu odsetka śmiertelności w kraju z 41,02°/₀₀ (pięciolecie 1872—1876) do 27,2°/₀₀ 1896—1901), oto dowody, że grosz publiczny, wydany na zdrowie ludności, nie poszedł na marne. Obliczono [1]), że to obniżenie odsetka śmiertelności oszczędza krajowi przynajmniej 9 milionów koron rocznie w postaci niestraconych dni pracy, gdyby nawet wartość jednego dnia pracy liczyć tylko na 50 halerzy.

To jasna strona obrazu.

Nikt też nie mógłby już dziś zarzucać autonomicznym władzom krajowym, że sprawy zdrowia ludności zaniedbują. Prawda, że osiągnięte wyniki nie są bezpośrednim skutkiem tych tylko wydatków, które obejmuje budżet sejmowy; że na polepszenie się zdrowotności i zmniejszenie ogólnej śmiertelności wpłynęła działalność władz sanitarnych rządowych i środki pieniężne, udzielane z funduszów państwowych; że w ostatnich czasach dzielnym tu czynnikiem była organizacya sanitarna okręgowa, na którą znaczne ofiary ponoszą fundusze powiatów; że niemało zaważyła tu i działalność gmin większych, utrzymujących własnych lekarzy i t. d. Jednakże należy pamiętać, że w zakresie spraw sanitarnych, załatwianych przez władze rządowe, przez powiaty i gminy, uczestniczą poważnie i fundusze krajowe nietylko przez coroczne wydatki stałe na akcyę bieżącą [2]), ale i przez znaczne wkłady jednorazowe przy budowie i przekształcaniu szpitali; że stworzenie organizacyi sanitarnej okręgowej jest dziełem krajowych władz autonomicznych naczelnych i że w ostatnich latach władze te wchodzą zwolna na drogę i szerszej i systematyczniejszej akcyi sanitarnej.

Niemniej faktem jest, że pozostajemy niezmiernie jeszcze daleko w tyle poza innymi krajami zachodniej Europy i że nawet w obrębie Austryi zajmuje Galicya w zakresie sanitarnym albo ostatnie albo jedno z ostatnich miejsc. Kraj bowiem nie robił na tem polu i nie wydawał na te cele tyle, ileby należało. Prawda, jesteśmy za ubodzy i zbyt dużo ważnych spraw społecznych wymaga naprawy, abyśmy mogli na polu sanitarnem zrównać się z zachodem, tem mniej zaś zaspokoić wszystkie potrzeby, z których wielu i na zachodzie jeszcze nie zaspokojono. Jednakże należałoby na te cele łożyć przynajmniej tyle, aby odległość między Galicyą, a najmniej kulturalnymi krajami austryackimi, Bukowiną i Dalmacyą, na polu sanitarnem nas wyprzedzającymi, wyraźniej, niż dotąd, się zmniejszała, jeżeli nasza kultura ma być rzeczywistą i całkowitą. Kraj powinien nakoniec zrozumieć, że zdrowie ludności jest zadaniem wcale nie mniej ważnem, niż oświata, podniesienie uprawy roli, uprzemysłowienie i t. d., i że wydatki na zdrowie ludności powinny wzrastać przynajmniej równomiernie z nakładami na tamte cele, jeżeli się zaniedbania nie mają kiedyś pomścić na ogólnym bilansie społecznym. Dział wydatków sanitarnych stanowi zbyt małą część budżetu krajowego w stosunku do istniejących jeszcze krzyczących braków, a i tę kwotę łożyło się niestety tylko dlatego, że mniej już w żaden sposób wydaćby nie można, choćby to niewątpliwie było bardzo na rękę tym wszystkim, którzy wydatek ten uważają za »malum necessarium«, za konieczną, ale bezowocną »ofiarę« i przymusową, a zmarnowaną »dobroczynność«. Jeżeli co prawda w Sejmie naszym odzywały się — rzadko — głosy, że wydatków na zdrowie ludności nie można uważać za »humanitarny« [3]) t. j. bezużyteczny w krajowem gospodarstwie ciężar, ale że to jest ważna inwestycya, która się kiedyś doskonale oprocentuje i w ogólnej gospodarce krajowej zaważy, to jednak na pewno twierdzić można, że ta prawda nie utorowała sobie jeszcze drogi do umysłów ogółu naszych posłów. W przeciwnym bowiem razie zniknąłby może z budżetu krajowego niejedna pozycya, dziwnie odbijająca od krańcowych nieraz oszczędności w sprawach sanitarnych. Nawet i te paręset czy tysięcy kor., któremi popierało się »kulturę artystyczną«; kształcąc śpiewaczki dla... scen zagranicznych, ileżby zaważyły, gdyby uważano np. ulepszanie skromnych pracowni w szpitalach prowincyonalnych albo najprostsze leżalnie dla chorych, zagrożonych gruźlicą, za cośkolwiek ważniejsze od... lwowskiej operetki!

Kiedy pewnemu, bardzo zresztą wybitnemu i rozumnemu naszemu posłowi sejmowemu tłómaczono pożytek dostatecznej pomocy położniczej dla ludności i budowy zakładów porodowych, odrzekł pół-seryo, że on przecież napewno pożytku z takiego zakładu mieć nie będzie. Odpowiedziano mu, że wobec takiego przekonania powinienby popierać przynajmniej budowę zakładów dla obłąkanych, bo nie mógłby równie stanowczo zaprzeczyć ich ewentualnego dla siebie pożytku... W innym przypadku, gdy była mowa o konieczności poprawy fatalnych stosunków higienicznych na oddziałach wenerycznych, oburzali się posłowie, skądinąd bardzo światli, zupełnie seryo, że się w szpitalach myśli o... dogadzaniu półświatkowi. Możnaby przytoczyć dziesiątki równie jaskrawych, a niestety nie wymyślonych, lecz prawdziwych przykładów na dowód, że znaczenie i doniosłość wielu ulepszeń na polu sanitarnem aż nazbyt często są lekceważone lub zupełnie nie są rozumiane, że uważa się je przeważnie za bezużyteczną prawie jałmużnę, rozdawaną biedakom tylko w imię miłości bliźniego.

Udowadniać, że grosz, wydany z funduszów krajowych na zdrowie publiczne, nie jest bezpowrotnie straconą »ofiarą«, lecz inwestycyą, że czynione tu wkłady są działaniem społeczeństwa we własnym dobrze zrozumianym interesie, — zbyteczna w piśmie lekarskiem, którego czytelnikom ta strona sprawy dobrze jest znana. Ale z naszych kół lekarskich nie przeniknęła jeszcze nietylko do szerokich sfer średnio inteligentnej publiczności, lecz nawet do tych, którzy być mają jako »głowy ludu, jako stróżowie śpiących i wodzowie nieumiejętnych i świece ciemnych« (Skarga) świadomość tej prawdy, w kulturalnych społeczeństwach zachodnich od dawna znanej. U nas spotyka się ona zwykle — wstyd i ujma dla naszego społeczeństwa — z uśmiechem niedowierzania, a nawet politowania. A jednak kogoby nie przekonały wywody i obliczenia, oparte na naszych stosunkach, ten przecież powinien się zastanowić, że np. rząd pruski, wydając na walkę z cholerą tylko we wschodniej części Prus w jednym roku 1905 przeszło 600.000 marek, lub węgierski, przeznaczając na walkę z jaglicą kwotę, idącą w miliony koron, albo olbrzymi ruch przeciwgruźliczy w Niemczech, pochłaniający rocznie kilkadziesiąt milionów marek na same tylko sanatorya, kierują się chyba nie samą tylko litością i nie wyrzucają lekkomyślnie majątku narodowego za okno. Niewiele szukając, mógłby wtedy znaleźć »czarno na białem«, że te olbrzymie wysiłki materyalne społeczeństw zachodnich opierają się nie tylko na pobudkach humanitarnych, ale głównie na interesie materyalnym, na ścisłych obliczeniach zysków i strat w gospodarstwie narodowem.

U nas jednak ci, co to wiedzieć powinni, często nawet o tem nie słyszeli, a ci, co słyszeli, wierzyć nie chcą.

Stąd też i o to, jaki jest wynik sanitarnych wydatków kraju na dalszą metę i jak one są zużytkowywane, mało kto się troszczy, a na najwymowniejsze nawet wywody Wydziału krajowego i sprawozdawców sejmowej komisyi sanitarnej odpowiada myśl wielu słuchaczy nie hasłem: »jak najskuteczniej«, lecz zasadą: »byle jak najoszczędniej«.

Krótko mówiąc, wydaje kraj jeszcze ciągle za mało na sprawy sanitarne w stosunku do swoich na tem polu najpilniejszych potrzeb, za mało w stosunku do nakładów na inne działy gospodarstwa krajowego, za mało w stosunku do innych, nawet mniej kulturalnych, a może i uboższych od Galicyi krajów austryackich, za mało t. j. za oszczędnie w stosunku do tego, jaki powinien być nakład, ażeby czynione inwestycye nie marnowały się w żadnej cząstce, lecz były całkowicie skuteczne i — żeby tak powiedzieć — odpowiednio rentowne; w tych zaś wydatkach, które ponosi, nie zawsze dopatrzeć się można jasnego i konsekwentnego planu, któryby czynione nakłady pozwalał zawsze wyzyskać jak najskuteczniej i zapobiedz zmarnowaniu się najdrobniejszych nawet z nich, czego przy dotychczas w wielu razach stosowanym systemie »łatania« uniknąć niepodobna, pomimo, a może raczej wskutek skrajnej niemal oszczędności.

Te ujemne strony widać najwyraźniej w zakresie szpitalnictwa, gdyż ono stanowi największą część sanitarnego działu budżetu krajowego [1]).

[1]) Prof. Jordan. »Przegląd polski« 1903. Mowa posła prof. Marsa na pos. Sejmu 23 paźdz. 1903.

[2]) W r. 1904 za szczepienie ochronne 151.156 kor., na lekarzy okręgowych 98.084 kor., na leki podczas epidemii 14.871 kor.

[3]) Jako »humanitaryzm« traktuje rzecz nawet pierwszy poseł nie-lekarz, który zabrał energicznie głos w tych sprawach (na pos. 24 paźdz. 1903).

[1]) W r. 1904:

koszta leczenia	K.	2,805.766
zasiłki dla zakładów sanitarnych	»	18.899
dotacya zakładów	»	222.300
razem . . .	K.	3,046.965

Tegoroczne przedłożenia Wydziału krajowego*) dowodzą wprawdzie, że rzecz ma się ku lepszemu i że Wydział krajowy zdaje się wkraczać na drogę poważnych inwestycyi i reform; jednakże jest to dopiero początek, który wprawdzie może dowodzić, że w Wydziale krajowym powiały świeższe prądy, ale jeszcze nie wskazuje, czy oznaczają one jednorazowy wysiłek, czy zupełną zmianę dotychczasowego kierunku. Miejmy nadzieję, że to drugie; obyśmy się przekonali, że i w Sejmie nadszedł czas zwrotu i że większość posłów intencye Wydziału zrozumie i poprze.

Niemniej obowiązkiem jest przypomnieć, jak wiele jeszcze pozostanie do zrobienia.

Szpitali ma Galicya jeszcze ciągle w stosunku do liczby ludności rażąco za mało, a w istniejących za mało łóżek.

Jeszcze w roku 1902 miały Czechy dla ludności o milion mniejszej (6,277.793, gdy Galicya 7,245.074) szpitali publicznych 80 z 8.318 łóżkami, prywatnych 97 z 2.618 łóżkami, razem 177 z 10.936 miejscami. Galicya w tym czasie miała 3.862 łóżek w 31 publicznych i 1699 w 57 prywatnych szpitalach, razem więc tylko 5.561 łóżek w 88 szpitalach; w stosunku do ludności jest to połowa tego, co mają Czechy, stojące zresztą pod tym względem wśród krajów austryackich na trzynastem zaledwo miejscu[1]). Do dziś dnia rozdzielone są szpitale w Galicyi bardzo jeszcze niejednostajnie[2]); są całe olbrzymie szmaty kraju, nie posiadające zupełnie szpitali publicznych.

Nie dochodząc nawet do skromnych zresztą żądań Krajowej Rady zdrowia, »aby przynajmniej w każdym powiecie, jeżeli nie w każdym okręgu sanitarnym znajdował się szpital«[3]), należałoby jednak, skoro kraju nie stać na podjęcie naraz tak znacznego wydatku, nakreślić dokładny i systematyczny plan, według którego przybywać mają w kraju nowe szpitale. Plan taki oprzeć trzeba na dokładnem obliczeniu według zaludnienia i chorobowości poszczególnych powiatów, w jakim promieniu istniejące już szpitale zaspokoić mogą potrzeby ludności, a w jakich punktach i w jakim porządku powstać muszą nowe i jak wielkie szpitale. Wydatek na te kolejne budowy kraj w każdym razie pokryć musi, a pokryje go łatwiej, zdobywszy się na planową akcyę w szerszym stylu, niż uchwalając od przypadku do przypadku to mniejsze, to większe, w każdym roku inaczej na budżet wpływające pożyczki, jako przyczynki do kosztów budowy, w miarę tego, która Rada powiatowa zdobędzie się na decyzyę ufundowania szpitala. Rzecz oczywista, że w takim razie musiałby na te powiaty, czy gminy, gdzie najpilniej potrzeba szpitala, lub na które w ciągu tej akcyi kolej wypadnie, wywrzeć Wydział kr. odpowiedni nacisk, aby potrzebnych funduszów ze swej strony dostarczyły, a powiatom słabszym przyjść w pomoc bądź przez większy, niż zastrzega dotychczasowa ustawa (z 13 lipca 1096 d. u. k. Nr. 116) przyczynek do budowy z funduszów krajowych, bądź przez ułatwianie długoterminowych pożyczek. Jeżeli istnieje fundusz uprzemysłowienia kraju. fundusz melioracyjny i t. d., to czemużby nie można w podobny sposób ułatwić akcyi sanitarnej jakimś funduszem szpitalniczym?

Nie wiem, czy plan taki systematycznego, równomiernie stopniowego zaspokojenia potrzeb ludności w tym względzie kiedykolwiek istniał; przypuszczam jednak, że nie, bo przecież nie pominiętoby go milczeniem na ankiecie krajowej w sprawach szpitalnictwa; tam jednak mówiono tylko o najkonieczniejszych inwestycyach w szpitalach już istniejących i to o takich inwestycyach, których żadną miarą odkładać nie było można[4]), — jednem słowem nie wykroczono poza dotychczasowy system łataniny. Sejm zaś przy budowie każdego nowego szpitala osobno uchwalał jego »potrzebę«. Ależ ta potrzeba od szeregu lat jest dla wszystkich powiatów cyframi wykazana i co rok przez Krajową Radę zdrowia we wnioskach podnoszona! Czy nie prościej byłoby uznać ją nareszcie w całej jej rozciągłości, a stopniowe jej zaspokajanie pozostawić Wydziałowi krajowemu według raz na zawsze zatwierdzonego systematycznego planu?

Jak znaczny jest niedobór łóżek szpitalnych w Galicyi, poucza to, że od szeregu lat nie dajemy sobie pod tym względem odebrać niezaszczytnego miejsca na szarym końcu krajów koronnych austryackich. Plama na naszej kulturze jest tu tak fatalna, że nie mogła jej pominąć nawet nasza rozpolitykowana prasa codzienna, poza zajadłą walką stronnictw na sprawy społeczne prawie ślepa i głucha. Pisano więc nieraz publicznie o tem, że nie możemy doścignąć nawet Dalmacyi, nawet Bukowiny. Jeszcze w r. 1902 przypadało w Galicyi jedno łóżko szpitalne na 1302, w Dalmacyi na 1071, na Bukowinie na 1077 mieszkańców, gdy już Morawy, czwarte od końca, miały jedno łóżko na 670, Czechy — piąte — 1:573. Jakże nam daleko choćby do Krainy (1:485), nie mówiąc już o Salzburgu (1:188), Styryi (1:259) i obu Austryach (1:325 — 1:372[1]). Od tego czasu przybyło wprawdzie u nas stosunkowo sporo łóżek; przybywały one w ostatniem trzechleciu szybciej, niż kiedykolwiek dawniej (w Kulparkowie 500, w Husiatynie 44, w Złoczowie — odbudowa po pożarze — 100 i t. d.); jednakże przez ten czas wzrastała także ludność kraju. Nie kuszę się o dokładne obliczenie łóżek, które rzeczywiście przybyły, bo i Krajowa Rada Zdrowia nie zdołała ściśle tego stwierdzić[2]); ale przyjmując liczbę nowych łóżek nawet okrągło na 1000, nie trudno obliczyć, że może zaledwo dorównaliśmy Bukowinie, jeżeli tam w tym czasie przybytek łóżek był powolniejszy, niż u nas. Trzebaby tu jeszcze i to uwzględnić, że liczba łóżek szpitalnych powinnaby pozostawać w stosunku nietylko do surowo obliczonego zaludnienia kraju, ale i do stopnia chorobowości, a pod tym względem, o ile z cyfr śmiertelności wnosić wolno, pomimo całej olbrzymiej poprawy stosunków bardzo nam jeszcze daleko do krajów, dwa i trzykroć lepiej w łóżka szpitalne zaopatrzonych.

I tu także przydałby się — ze względu na konieczne w miarę wzrostu ludności rozszerzenie istniejących szpitali, oraz lepsze dostosowanie ich wielkości do stosunków terytoryalnych, komunikacyjnych i t. d. danej części kraju, — jakiś systematyczny plan na szereg lat przyszłych. Pokazało się już niejednokrotnie, jak w Husiatynie, Drohobyczu, Tarnobrzegu (Spr. insp. za r. 1906) pokaże się z pewnością w przyszłości, np. w Białej, że nowy lub przebudowany szpital okazuje się odrazu lub wkrótce po otwarciu — za ciasny. Zaczynają się więc znowu badania, rokowania, plany i kosztorysy, wszystko połączone z niepotrzebnymi kosztami dodatkowymi, ze stratą czasu, gdy chorzy po staremu gniotą się po 2 i 3 na jednem łóżku. Ostatecznie coś się przerabia, coś dobudowuje, ale, rzecz prosta, zamiast odrazu logicznie uplanowanej całości szpitalnej, wynika z tego zawsze jakaś łatanina, skazując szpital na niewygodę, a fundusze krajowe obciążając bardziej, niżby ją obciążył odrazu poniesiony koszt dostatecznie obszernych budynków.

Nie spotkałem się jeszcze dotychczas z obliczeniem, ile też właściwie łóżek powinnoby na Galicyę wystarczyć, ile ich jeszcze utworzyć potrzeba i jaki po osiągnięciu pewnego kompletu przyjąć należy normalny według wzrostu ludności roczny łóżek przybytek. A tuż obok w kraju, który tyleż lat pozbawiony jest samorządu, ile my go posiadamy, przy pierwszym brzasku nadziei autonomicznych już przygotowano się do planowej systematycznej pracy sanitarnej i zestawiono wszystkie potrzebne obliczenia[3]). Coś podobnego, tylko o tyle dokładniej, o ile na to pozwalają nasze środki, trzebaby i u nas opracować, jeżeli jeszcze nie opracowywano; jeżeli zaś program taki istnieje, to godziłoby się wydobyć go z zapomnienia i dokładnie zrewidować, a w miarę potrzeby przekształcić. Inaczej niezbyt zresztą miłe będzie położenie wobec tych, co z za kordonu przybędą u nas poczerpnąć wzorów samorządnych urządzeń na polu sanitarnem.

Prostem następstwem zbyt szczupłej liczby łóżek w szpitalach jest stałe przepełnienie istniejących i to przedewszystkiem tych, które powinny być pod każdym względem wzorowe, t. j. we Lwowie i w Krakowie.

A jakie to jest przepełnienie, wskazuje już ogólna suma łóżek we wszystkich w kraju istniejących szpitalach: w r. 1904 — 5,389 w porównaniu z przeciętną dzienną liczbą chorych szpitalnych w tymże roku: 5,614.

Zestawienie to nie wygląda zrazu tak strasznie i napozór sprzeciwia się powyższemu twierdzeniu, skoro przeciętnie dziennie w całym kraju jest tylko o 225 chorych więcej, niż miejsc,

*) Por. Spraw. dep. V. za 1905/6 i spraw. osobne.

[1]) »Österr. Statistik d. Sanitätswesens« za 1902, str. 26/27. Spraw. Dep. V. za 1905/6, str. 2.

[2]) Gorlice i Krosno po 20 kil. od Jasła; Tarnobrzeg jedyny na olbrzymią przestrzeń. Por. Spr. kraj. insp. za 1906, str. 40.

[3]) Spraw. za r. 1903, str. 171, wniosek 10.

[4]) Prot. sten. ankiety z r. 1902, str. 46.

[1]) Österr. Stat. des San. za 1902, str. 26/7. Spr. Dep. V. za 1905/6 str. 2.

[2]) Spraw. za r. 1903, str. 203; Al. II. Sprawozd. Dep. V za 1904/5 podaje 5466 (w r. 1903), za 1905/6 jednak tylko 5389 (w r. 1904) łóżek w szpit. powszechnych.

[3]) Por. »Medycyna w Samorządzie« (dzieło opracowane zbiorowemi siłami) Warszawa, 1905, rozdziały o szpitalnictwie, i mnogie artykuły w pismach lekarskich zakordonowych, z których »Przegląd lek.« w swoim czasie zdawał sprawę.

t. j. o 4·2 prc. Ale przypatrzmy się tej rzeczy trochę szczegółowiej:

Szpitale	Liczba miejsc	Przeciętnie dziennie chorych
Bochnia	55	60
Brzeżany	80	88
Drohobycz	120	149
Husiatyn	70	105
Jarosław	120	149
Kołomyja	70	83
Lubaczów	50	65
Podhajce	85	127
Przemyśl	175	187
Przemyślany	66	84
Rzeszów	116	126
Sniatyn	42	67 !
Sokal	104	115
Stanisławów	120	168 !
Stryj	120	138
Wadowice	41	63 !
Zaleszczyki	52	76
Żółkiew	120	149
Kraków, oddz. położn.	60	82
Kulparków	700	1,062 (w r. 1905 1077 !)
Kraków, oddz. obłąk.	115	131. [1]

Wprawdzie od tego czasu rozszerzono szereg szpitali (w r. 1904—1907: w Husiatynie, w Nowym Sączu, Przemyślu, Stryju i t. d. przedewszystkiem Kulparków), jednakże gdzieniegdzie tylko przez budowę pawilonów izolacyjnych, gdzie więc tylko chorzy zakaźni pomieszczeni być powinni; niemniej pozostała znaczna liczba takich szpitali, w których co trzeci, ba nawet co drugi chory (Wadowice) ma »przeciętnie« stale na swym łóżku towarzysza. A wszak chorzy nie stosują się do tego, by ich »przeciętnie« było w szpitalu o pewien odsetek za wielu; te szpitale, które mają niewielkie »przeciętne« przeludnienie, mogą tygodniami całymi mieć dużo miejsc wolnych, aż naraz przepełniają się znów znacznie ponad ową »przeciętną« [2]). Rzecz prosta, że wtedy, oszczędzając jaknajwięcej miejsca, przyjmuje się tylko ciężko chorych, których w żaden już sposób odprawić z niczem nie można; nietrudno więc sobie wyobrazić, co się dzieje w naszych szpitalach prowincyonalnych w okresach przepełnienia!

Natomiast łatwo o pozorny zarzut przesady co do szpitali stołecznych, gdy się stwierdzi, że w Krakowie na 526 łóżkach było w r. 1904 przeciętnie dziennie tylko 508 chorych, we Lwowie na 761 tylko 532 [3]) (bez klinik), w r. 1905 w Krakowie na 766 łóżkach 723 (wliczając kliniki pomieszczone w szpitalu), we Lwowie na 840 — tylko 603 [4]). Ale w sprawozdaniach inspektorów szpitali są zestawienia, rzucające na rzecz przecie inne światło. Oto np. na oddziale chirurgicznym szpitala lwowskiego było każde z łóżek niezajęte tylko przez 3 dni w roku [5]), z czego napewno wnosić można, że bywały w ciągu roku okresy strasznego przepełnienia. Inspektor szpitali o oddziale tym powiada, że w r. 1904 bywały dnie [6]), gdy na 138 miejsc przypadało 180 i 190 chorych! A nawet o I. oddziele kiłowoskórnym w r. 1904, gdzie każde łóżko było zajęte tylko przez 217 dni w roku, wyraża się Inspektor: »Tosamo przepełnienie jak w roku ubiegłym, tensam brak miejsca...« [7]): o roku 1905/6 zaś czytamy: »Oddział widocznie przepełniony, mało ma wolnej przestrzeni i ciężkie szpitalne powietrze (choć wszędzie gazowa wentylacya)« [8]).

Szczególna rzecz, że w r. 1904 nigdzie wyraźnie nie podano skarg na przepełnienie w sprawozdaniu z lustracyi szpitala św. Łazarza w Krakowie [9]). Zdawałoby się, że tam przynajmniej w r. 1904 wszystko było jak najlepiej i że szpital ten, szczególnie faworyzowany, miał nadmiar miejsca dla swych chorych.

Ale zapytajmy o to cyfr z tego roku (1904):

oddział chirurg. i laryngol.	miejsc 126,	chorych	dziennie	149
» umysłowo chorych	» 115,	»	»	131
» położniczo-ginekol.	» 30,	»	»	50 !

[1]) Spr. Dep. V. za 1904/5.
[2]) Por. Spraw. Insp. szpitali w r. 1906 str. 13. 18. 32. 49. i i.
[3]) Spraw. Dep. V. za 1905/6. Aleg. II.
[4]) Spr. Insp. szpit. 1906. str. 12 i 2.
[5]) Spraw. Dep. V. za 1904/5. str. 22.
[6]) Tamże str. 26.
[7]) Tamże str. 25.
[8]) Spr. Insp. szpit. w r. 1906. str. 7.
[9]) Spraw. Dep. V. za 1904/5. str. 30—33. Dopiero Spraw. Insp. w r. 1906. zawiera jaskrawy obraz tego, co się tam dzieje.

Albo jeszcze lepiej.

oddział chirurgiczny i laryngol.	łóżko było zajęte			432	dni
» oczny	»	»	»	412	»
» umysłowo-chorych . . .	»	»	»	417·6	»
» szkoły położnych	*(9 miesięcy)*			387·4	»
» położniczo-ginekol. . . .	»	»	»	*619·6!* [1])	»

W roku 1905 zadał sobie obecny Inspektor szpitali trud, co mu za zasługę poczytać należy, oświetlenia liczb tych opisem, za który niech starczy tymczasem taka tylko, z opisu wyjęta uwaga: »Warunki oddziału (szkoły położnych) są takie, że żaden opis nie jest w stanie przedstawić ich w całej nagości i obrzydliwości, są gorsze, niż w jakimbądź najstarszym szpitalu prowincyonalnym. Przepełnienie (w izbie ciężarnych) takie, że powietrze przepełnione bezwodnikiem kwasu węglowego jest wprost trujące« (zawiera »mimo otwartych okien 2—4% CO_2«), a »kobiety śpią na siennikach pokotem, zajmując ściśle całą powierzchnię podłogi« [2]).

A oto liczby [3]):

oddział chir. i laryng.	łóżko było zajęte			*466*	dni
» umysłowo-chorych	»	»	»	411	»
» położniczo-ginekol. . . .	»	»	»	*558*	»

Rok ma dni trzysta sześćdziesiąt pięć. Innego komentarza nie potrzeba.

A przecież szpital krakowski ma na 526 łóżkach przeciętnie dziennie tylko 508 chorych!

Nad sprawą przepełnienia szpitali toczyły się wyczerpujące rozprawy na ankiecie, zwołanej przez Wydział krajowy jeszcze w r. 1902 [4]).

Wynikiem ich poniekąd było energiczniejsze pozbywanie się chorych, zbyt długo pozostających w szpitalu, które, jak domyślać się można, po ankiecie przeprowadzano tem staranniej [5]); a mimo to jeszcze w r. 1905 wypadł obraz przepełnienia tak czarno. Wynikiem tych obrad były też uchwalone przez Sejm w r. 1903 rezolucye [6]) zmierzające do tego, aby ozdrowieńców jeszcze rychlej się pozbywać przez zaliczanie im kosztów podróży i aby chorych nieuleczalnych, mimo wszelkich środków zawsze jeszcze gromadzących się po szpitalach, (bo gdzież mają się podzieć?) usunąć do odpowiednich przytułków i przez ustawę, regulującą opiekę nad takimi chorymi i kalekami, zapewnić im inne pomieszczenie.

Liczbę takich chorych, zalegających niepotrzebnie szpitale, oceniano w szpitalu lwowskim w r. 1901 na 1003, nadmierny z tego powodu wydatek na 19,300 K., w Krakowie 11,745 K., razem około 31,000 K. t. j. około 3·9% ogólnego wydatku na te szpitale [7]). W szpitalach prowincyonalnych liczba takich chorych miała wynosić 10—15% ogółu [8]).

Otóż, jeżeli pomimo zastosowanych od tego czasu środków przepełnienie w szpitalach jest jeszcze tak znaczne, to nie ulega wątpliwości, że przyczyny szukać poczęści należy w trwającym dalej braku odpowiednich przytułków dla kalek, nieuleczalnych i ozdrowieńców. Już przed 5-ciu laty wskazywano na to, że na przytułki takie fundusze znaleźć się mogą i powinny [9]) i że przytułki takie, mogąc dawać utrzymanie taniej, są ekonomiczniejsze, niż przysparzanie łóżek szpitalnych; istniejące fundusze obracano jednak dotąd niesłusznie głównie na budowę szpitali. Otóż przytułków takich przybywa niesłychanie mało, a fundusze, któreby można obrócić na nie, w znacznej części się marnują [10]). Odpowiedni nacisk, wywarty przez Wydział krajowy na gminy i powiaty, mógłby tu zaradzić złemu, a przez to i przepełnienie szpitali poczęści zmniejszyć. (C. d. n.)

[1]) Spraw. Dep. V. za 1904/5. str. 30.
[2]) Spr. Insp. szpit. w r. 1906. str. 10. 17.
[3]) Tamże str. 12. W rubryce, podającej ile dni w roku łóżko było zajęte, są omyłki druku.
[4]) Prot. stenogr. ankiety str. 2—23.
[5]) Insp. szpit. podaje, że w r. 1905. nigdzie nie przetrzymywano chorych bez potrzeby.
[6]) Prot. sten. posiedz. z 24. X. 1903. str. 2324 i 2329.
[7]) Prot. ank. z r. 1902. str. 3.
[8]) Tamże str. 4 i 9.
[9]) Prot. ank. z r. 1902. str. 6, przemówienie r. dw. Merunowicza; także Spraw. kraj. Rady zdrowia za 1903. str. 127—134.
[10]) Spraw. Rady zdrowia za 1903. str. 33.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze szpitalni wobec Sejmu galicyjskiego. Dążąc do słusznie im się należącej poprawy bytu i do powetowania wyrządzonych rzeczywiście krzywd, wnieśli prymaryusze wraz z dyrektorem i prosektorem szpitala krajowego we Lwowie (na ręce posłów prof. Marsa i adwokata Loewensteina), oraz lekarze pomocniczy szpitala lwowskiego i krakowskiego do obradującego właśnie Sejmu poważnie uzasadnione petycye. Prymaryusze, przypominając uchwałę Sejmu z r. 1874, uznającą, że lekarzom w służbie krajowej powinien przysłużać charakter urzędników krajowych, a pobory ich odpowiadać poborom tych urzędników, i przychylną uchwałę Sejmu wobec petycyi lekarzy w r. 1906, stwierdzają w uzasadnieniu swej prośby, że od 32 lat szpital lwowski stał się w Austryi trzecim co do wielkości, objął 4 nowe oddziały, 5 klinik, że wymagania od lekarzy niezmiernie wzrosły zarówno w dyagnostyce, jak i terapii, a warunki bytu lekarzy bardzo się pogorszyły; płace lekarzy zaś nie uległy od 32 lat zmianie, choć pobory innych urzędników krajowych wielokrotnie były podwyższane. Co więcej, odebrano lekarzom w r. 1898 to, co posiadali od r. 1874, t. j. statut emerytalny wspólny z innymi urzędnikami, przez co obecnie n. p. pensya wdowy po prymaryuszu w VII randze wynosi mniej, niż pensya po kanceliście XI rangi (!). Podanie kończy się następującymi wnioskami: 1) Statut emerytalny z r. 1898 (urzędników Wydziału krajowego) ma obowiązywać także funkcyonaryuszy szpitala lwowskiego. 2) Zrównać pobory lekarzy i urzędników zarządu z poborami odpowiadających rang urzędników Wydziału krajowego (np. na wzór Czerniowiec). 3) Lekarzom i urzędnikom zarządu, którzy nie mają widoków awansu, przyznać prawo do dodatków z tytułu starszeństwa tak, jak je już przyznano urzędnikom Wydziału kraj., lub dać prawo do nieograniczonej liczby kwinkweniów, względnie kwadrigeniów lub trieniów. 4) Sekundaryuszom, którym należy się mieszkanie w naturze, a nie dostają go z powodu braku miejsca w szpitalu, dać odpowiednie relutum, a funkcyonaryuszom stałym, którzy mieszkanie w naturze dostają, przyznać prawo do pobierania połowy dodatku aktywalnego. 5) Uregulować pobory profesorów-prymaryuszów (prosektora) wedle normy, obowiązującej w innych szpitalach, mianowicie w Pradze i Gracu.

Lekarze pomocniczy szpitala lwowskiego, przypominając swoją petycyę z r. 1905 i 3 petycye z r. 1906, podnoszą te same względy, co prymaryusze, zaznaczają, że od lat 32 przybyło tylko 8 posad, adjutowanych kwotą 600 K. rocznie, tak że płatnych lekarzy pomocniczych jest we Lwowie 24, gdy powinnoby być przynajmniej 35; że na przeciążeniu lekarzy pracą i stronieniu od szpitala młodych lekarzy, zrażonych złymi warunkami, cierpi przedewszystkiem sam szpital; że przez lat 32 pobory lekarzy pomocniczych podwyższono raz jeden w r. 1901 o 200 koron; podnoszą, że proponowane obecnie Sejmowi relutum za mieszkanie dla sekundaryuszy jest zbyt niskie; w końcu, że wytężająca praca lekarzy wymaga koniecznie dorocznego wypoczynku. Żądania lekarzy pomocniczych lwowskich podaliśmy w Nrze 5, str. 62.

Lekarze pomocniczy krakowskiego szpitala św. Łazarza przywodzą na poparcie swego podania podobne okoliczności. Wobec braku wolontaryuszy (np. na 120 chorych oddziału chirurgicznego bywało dawniej 16 lekarzy, dziś jest 5), muszą lekarze pomocniczy cały czas swój oddawać szpitalowi, nie mogą ani się kształcić (od roku przeszło żaden z nich nie był przydzielony na oddział pedyatryczny, laryngologiczny, ani okulistyczny), ani poza szpitalem zarobić praktyką tyle, ile nie dostaje na utrzymanie przy nędznej płacy szpitalnej i szalonej drożyźnie. Szpital przestał być szkołą, a stał się warsztatem źle wynagradzanej i nie dającej żadnych widoków pracy. Żądania lekarzy pomocniczych krakowskich podaliśmy w Nrze 4 »Przegl. lek.«, str. 41.

Lekarze pomocniczy szpitali berlińskich postanowili, jak donoszą dzienniki, porzucić pracę d. 1. III b. r., ponieważ nie uwzględniono ich żądań co do poprawienia bytu.

Sprawy sanitarne w Sejmie. Oprócz już wspomnianych w Nrze 6, str. 73 »Przeglądu« wniosków, przedłożył Wydział krajowy obradującemu właśnie Sejmowi następujące osobne sprawozdania i wnioski: o budowie zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi (już stanowczo — wobec pomyślnego wyniku badań hydrotechnicznych — w Lusinie) kosztem 3,375.000 koron; o przebudowie szpitala lwowskiego kosztem 520,000 k. (z tego w r. 1907 83,873 K.); o budowie nowych klinik we Lwowie i o zakupieniu gruntu pod nie wartości 245.000 K.; o postępie budowy nowych pawilonów i przeobrażeń w zakładzie kulparkowskim [1]; w sprawie przeniesienia i odbudowy szpitala w Białej (360,000 K.), rozszerzenia szpitala w Tarnowie (235,729 K.), zakupna budynków i przebudowy szpitala w Brzeżanach (100.000 K.), dobudowy w szpitalu w Sanoku (36,329 K.); wszystko to są ogólne ceny kosztów, które kraj przeważnie w połowie pokryje. Dalej przedkłada Wydział wnioski o pewną poprawę bytu funkcyonaryuszy szpitali stołecznych (por. »Przegl. lek.« 1906, str. 766) i o ustanowienie rocznych dodatków dla służby tych szpitali (po 12 K. rocznie aż do osiągnięcia 24—30 K. miesięcznie, w końcu sprawozdanie z ankiety w sprawie zdrojowisk wraz z projektem noweli do ustawy zdrojowej (z której także już zdaliśmy sprawę). W ogólnem zaś dorocznem sprawozdaniu Departamentu V., prócz ogólnego sprawozdania z wydatków itd. na sprawy sanitarne, znajduje się sprawozdanie z rokowań z rządem w sprawie budowy krakowskiej kliniki psychiatrycznej, budowy zakładu położniczego w Krakowie, z rokowań z gminą w sprawie oświetlenia elektrycznego w szpitalu krakowskim, wniosek o utworzenie w nim pracowni bakteryologicznej na oddziale zakaźnym (6706 K.), sprawozdanie z układów ze szpitalami dla dzieci we Lwowie i Krakowie, z dokonywanych przeistoczeń i budowli szpitali prowincyonalnych, ze stanu zwalczania kiły w powiecie kossowskim i nadwornianskim, w sprawie zaopatrzenia gmin w dobrą wodę i w kilku sprawach drobniejszych. *R.*

Przed sesyą Sejmu galicyjskiego nasuwa się »Głosowi lek.« pytanie, czy ciągłe podtrzymywanie niezadowolenia lekarzy jest ze strony Wydziału krajowego potrzebne i rozsądne? Lekarzy okręgowych spotkał zawód przez odłożenie sprawy ich emerytur do sesyi jesiennej; nowe posady lekarzy okręgowych przybywają zbyt powoli (na 400 zamierzonych okręgów utworzono dotąd przez lat 10 zaledwie 150 okręgów); w odpowiedzi na skromne żądania lekarzy szpitalnych wnosi się do Sejmu zaledwo nieznaczne ustępstwa. Wszyscy pracownicy, walczący o polepszenie bytu, zwykli żądać więcej, niż chcą osiągnąć, aby po okrojeniu ich żądań przez pracodawcę pozostała im dostateczna korzyść. Lekarze nie naśladują pracowników, żądają minimum tego, co potrzebują, a Wydział krajowy, jak każdy pracodawca, radby jak najwięcej utargować. Ta taktyka jest z obu stron błędną. Lekarze szpitalni nie zwrócili się do Izb lekarskich o poparcie, może i słusznie, bo Wydział krajowy liczy się z Izbami wiele mniej, niż rząd; ale takie nierówne traktowanie Izb przez rząd i przez autonomię bynajmniej nie przyczynia się do podniesienia powagi i zaufania władz autonomicznych. (Gł. lek.« Nr 4). *R.*

Związek lekarzy rządowych galicyjskich ukonstytuował się w d. 16. II. 1907 na zebraniu we Lwowie, w którem uczestniczyło kilkudziesięciu lekarzy powiatowych, a przewodniczył dr Barzycki. Ze wstępnych kroków organizacyjnych zdał sprawę dr Czyżewicz. Po odczycie dra Gąsiorowskiego o nowym przyrządzie odkażającym własnego pomysłu i uchwaleniu szeregu postulatów, wybrano Wydział Związku, któremu polecono podjąć u rządu stosowne kroki w porozumieniu ze Związkami lekarzy rządowych w innych krajach austryackich. Wybrani zostali: prezesem dr Czyżewicz, sekretarzem dr Wurst, wydziałowymi drowie: Danielski, Kurasiewicz, Obtułowicz, Slączka i Witkowski; do komisyi rewizyjnej dr Krzyżanowski i Lachowicz.

Zakaz sprzedaży wydało austr. ministerstwo spraw wewn. co do przetworu »Elixir de St. Vincent de Paul«, (ok. Nam. gal. 22. I. 1907, L. 6247/VI B.); odwołało co do przetworu »wohlriechendes Pflanzenessenzenfluid und ableitende Rhabarberpillen Elsa«, polecając jednak donosić o nieodpowiednich ogłoszeniach przetworów Fellera (ok. Nam. 17. I. 1907, L. 6249/X); przypominając zaś, że przetwór »Kral's verstärkter flüssiger Eisenzucker« jest dopuszczony do obrotu tylko w aptekach, nakazało zwracać pilną uwagę na przetwory lecznicze, przy pomocy jarmarcznej reklamy wprowadzane w handel ogólny jako środki rzekomo dyetetyczne i kosmetyczne (ok. Nam. 16. I. 1907, L. 4514/VI B.). *R.*

Zafałszowaniom masła i innym nadużyciom w handlu (zwłaszcza eksportowym) tym artykułem poleciło Namiestnictwo gal. zapobiegać przez częste i niespodziewane rewizye u małomiasteczkowych handlarzy (ok. 28. I. 1907, L. 3068/VI B.). *R.*

Szczepienia przeciw wodowstrętowi podjąć może krakowski zakład niekiedy bardzo późno, bo coraz częściej zdarza

[1]) Por. »Przegl. lek.« 1906, str. 766.

się, że niektóre Starostwa z odesłaniem do zakładu osób pokąsanych czekają na wynik szczepień rozpoznawczych, co trwa zazwyczaj około 4 tygodni. Dlatego poleciło Namiestnictwo gal. wszystkim Starostwom, by osoby pokąsane wysyłano do zakładu szczepień bezzwłocznie (ok. 16. I. 1907, L. 157.086/VI B.). *R.*

Ulgi w opłatach za telefony lekarskie, ze względu na ich humanitarne znaczenie, zapowiada austr. ministeryum handlu.

W sprawie normy ordynacyjnej, a zarazem dodanych do niej rozporządzeń wykonawczych, nadesłał nam »Państwowy Związek organizacyi lek. austr.« obszerny memoryał dra Kohra z Oberndorf. Dr K. krytykuje zasadę normy ordynacyjnej, o ile chodzi o oszczędności nie w ekspedycyi leków, ale w samych lekach. Niczem bowiem nie można usprawiedliwić nakazu odmiennej ordynacyi dla bogatych, a odmiennej dla ubogich, tak jak i zapalenie płuc, dur, czy zimnica u bogatych nie różni się od tych chorób u ubogich. Chęć dopomożenia niedołężnie prowadzonym Kasom chorych, wywołana względami czysto politycznymi, a zgoła nie humanitarnymi, wprowadziła do normy ordynacyjnej nadmierną oszczędność. I gdy urzędowy lekospis nakazuje do nalewek używać bezwarunkowo wody przekroplonej, to norma ordynacyjna n. p. poleca je — dla biedaków — rozcieńczać wodą zwykłą! Okólnik zaś wykonawczy dozwala zarządom Kas chorych żądać od lekarzy szczegółowego osobnego wywodu na piśmie (!), ilekroć zapiszą lek droższy, normą ordynacyjną nie objęty, z dopiskiem *»necesse«*. Postanowienie to, ubliżające w wysokim stopniu lekarzom, którzy mają prawo żądać, by ufano ich słowu, otwiera szeroko wrota dalszemu wyzyskiwaniu lekarzy przez zarządy Kas, które pewno nie omieszkają żądać od lekarzy wypisywania owych wywodów. Znowu więc szafuje rząd dobrodziejstwami dla Kas chorych — na koszt lekarzy! I w Galicyi ma to moc obowiązującą: »Pozostawia się zarządom kas chorych w celu możliwego oszczędzania funduszów, którymi rozporządzają, wezwać swych lekarzy, aby przy zapisywaniu nie wymienionych w § 2 rozporządzenia środków ....oprócz uwagi »necesse«.... podawali zarządom kas pisemne uzasadnienie, usprawiedliwiające szczegółowo i niewątpliwie konieczność przepisu«. (Ok. Nam. gal. 22. XII. 1906. L. 167,837/VI B). *R.*

O nadużywanie tytułu profesora toczył się w Berlinie przeciw drowi Kossmanowi proces, z którego zdają sprawę dzienniki polityczne. Dr Kossmann był profesorem zoologii w Heidelbergu, porzuciwszy jednak katedrę, oddał się praktyce ginekologicznej w Berlinie, używając nadal tytułu profesora bez dodatku »były« i bez wzmianki, że wykładał na wydziale filozoficznym. Ogłaszania tych dodatków zażądała policya (wskutek doniesienia zawistnych o praktykę kolegów) od dra Kossmanna naprzód wprost, potem przez Izbę lekarską, grożąc procesem sądowym. Izba oświadczyła, że dr Kossmann przed rozpoczęciem praktyki uzyskał zezwolenie Rady honorowej na używanie tytułu profesora i że sama policya, mianując dra K. lekarzem Kasy chorych żon żołnierzy policyjnych, przez szereg lat tytułowała urzędownie dra Kossmanna profesorem. Sąd uwolnił zupełnie prof. Kossmanna, orzekając, że miał on i ma prawo tytułu swego używać. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. do 16. lutego 1907 doniesiono o 47 nowych przypadkach duru plamistego w 10 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Markowa 1), Horodenka (Dąbki 4), Kamionka (Ubinia 10, Sielec 1), Lisko (Manasterzec 6), Mościska (Matnów 9), Nadwórna (Dobrotów 7, Zarzecze 2), Rawa (Hołe rawskie 1), Złoczów (Krasnosielce 6); nagminnego zapalenia opon: w m. Krakowie 1, w pow. Skałat (m. Skałat 1 stwierdzony bakteryologicznie), Tarnobrzeg (Sielec 5). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. do 16. II. 1907 przypadków: błonicy 10 † 2 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca —, płonicy 10, odry 51 † 4, duru osutkowego —, duru brzusznego 5 (—), nagminnego zapalenia opon 3 † 1 (1). *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 10. II. do 16. II. 1907 urodziło się dzieci żywo 61, nieżywo 5; zmarło osób 57 (w tem obcych 25), z tych z gruźlicy 15 (8), zapalenia płuc 9 (3), błonicy 1 (1), płonicy 1 (1), krztuśca 1, duru brzusznego — (—), śmiercią gwałtowną — (—).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Wskutek zaproszenia, wysłanego przez komitet Zjazdu na ręce prof. Hlavy w Pradze, wznowiono tamże czeski komitet dla spraw Zjazdu lwowskiego, przygotowywanego na rok 1904; z dawnych członków należą do komitetu: profesorowie Hlava, Maixner, Chodounsky, Rubeška, Kabrhel, Frankenberger, Kimla, Syllaba, Heveroch, docenci Pelnař, Jedlička, fizyk dr Záhoř, Riegel, Panyrek. Donosząc o tem, wyraża »Čas. lek. česk.« (Nr. 7) nadzieję, że udział Czechów w Zjeździe wypadnie poważnie liczbą i doborem uczestników.

Prace organizacyjne sekcyi lekarskich przedstawiają się następująco:

XIV. Sekcya chirurgiczna jako zjazd chirurgów polskich. Gospodarz: Radca Dworu prof. dr Ludwik Rydygier (Mickiewicza 8). Sekretarz: Doc. dr M. W. Herman (Łyczakowska 5).

A. Posiedzenie wspólne z sekcyą medycyny wewnętrznej: »Leczenie kamicy nerkowej«. Ref. kol. Dunin i Krajewski (Warszawa).

B. Posiedzenie wspólne z sekcyą med. wewn. i ginekologiczno-położn.: »O leczeniu zapalenia otrzewnej«. Ref. Prym. Bogdanik (Kraków).

Nadto czyni gospodarz sekcyi starania, aby do ogólnej dyskusyi w sekcyi przygotować referat: »O znieczuleniu lędźwiowem«.

Wykłady zgłoszono dotychczas następujące: 1. Dr B. Motz (Paryż): O raku nerek. 2. Tenże: O raku pęcherza. 3. Tenże: O raku gruczołu krokowego. 4. Dr J. Bogdanik (Kraków): Wyniki leczenia przekrwieniem biernem Biera. 5. Prof. dr G. Ziembicki (Lwów): Wykład z dziedziny chirurgii dróg moczowych. 6. Tenże: O szwie tętnic. 7. Dr A. Wolf (Lwów): O uwięźnięciu jelit we wrodzonych otworach krezki. 8. Dr Z. Leńko (Lwów): Doświadczenia z zakresu cysto- i ureteroskopii. 9. Dr S. Ruff (Lwów): O wynikach ostatecznych po doszczętnych operacyach przepuklin pachwinowych u żołnierzy. 11. R. dw. prof. L. Rydygier (Lwów): O ostatecznych wynikach po częściowem wycięciu gruczołu krokowego własnym sposobem w przeroście tegoż gruczołu. 12. Tenże: O postępowaniu wobec zastarzałych zwichnięć dużych stawów kończyn. 13. Tenże: O opatrywaniu ran w klinice chirurgicznej lwowskiej. 14. Doc. dr M. W. Herman (Lwów): O zagadkowem krwawieniu ze sutków. 15. Tenże: Spostrzeżenia nad praktyczną wartością chromocystoskopii. 16. Tenże: Z kazuistyki nowotworów nerek i pęcherza moczowego. 17. Tenże: Jeszcze słów kilka o następstwach po przecięciu nerki. 18. Dr A. Rydygier (Lwów): Niektóre uwagi o postępowaniu wobec nowotworów odbytnicy. 19. Tenże: Wpływ rentgenoterapii na twardziel nosa i krtani. Tenże: O nowotworach na kończynach. 21. Tenże: Urethrotomia externa — urethrotomia interna. 22. Dr M. Jedlička (Lwów): O rektoromanoskopii z okazaniem przyrządów. 23. Tenże: O przeszczepianiu mięśni sposobem Rydygiera. 24. Tenże: Przypadek mnogich ciał obcych w żołądku i jelitach (z demonstracyą) 25. Tenże: Uwagi krytyczne nad niektórymi sposobami leczenia wypadania prostnicy. 26. Tenże: Okazanie urządzenia rentgenoskopijnego w klinice chirurgicznej lwowskiej i demonstracya niektórych rentgenogramów. 27. Dr T. Buraczyński (Lwów): O chirurgicznem leczeniu choroby Glénarda. 28. Tenże: O przypadkach wewnętrznej niedrożności jelit i kiszek, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej. 29. Tenże: O wyborze cięcia do apendektomii. 30. Tenże: Wnioski o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego, wysnute na podstawie przypadków, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej. 31. Tenże: O gruźlicy tętnicy. 32. Dr J. Selzer (Lwów): O zapaleniu płuc wikłającem przebieg pooperacyjny. 33. Tenże: O wynikach ostatecznych po operacyach obwodowych w przypadkach nerwobolów n. trójdzielnego. 34. Tenże: O gruczolakach zołzowych. Wskazania do operacyi — wyniki po operacyi. 35. Dr M. Mars (Lwów): O raku języka. 36. Tenże: O wynikach po operacyi Talmy w marskości wątroby. 37. Dr T. Ostrowski (Lwów): Lymphangiomata. 38. Tenże: O guzach sutków. 39. Tenże: Caries sicca. 40. Dr J. Stroka (Lwów): Kilka rzadkich guzów jelit i kiszek. 41. Tenże: Uwagi nad leczeniem żylaka powrózka nasiennego.

XV. Sekcya oto-ryno-laryngologiczna. Gospodarz dr Lesław Gluziński (Wałowa 14). Zastępca gospodarza: dr Teofil Stachiewicz (Sobieskiego 4). Sekretarz: dr Orest Litwinowicz (Akademicka 5).

Tematy oficyalne: 1. »Powikłania ze strony uszów w chorobach zakaźnych«. 2. »O rozpoznawaniu i leczeniu chorób zatok nosowych«. W sprawie wyznaczenia referatów dla powyższych tematów zwróciła się S. XV. do kolegów warszawskich i poznańskich. Ewentualnie obejmie referat ad 1. dr Stanisław Żabłocki (Lwów), ad 2. dr Orest Litwinowicz (Lwów).

XVIII. Sekcya okulistyczna. Gospodarz: prof. dr Emanuel Machek (Akademicka 11). Sekretarz: doc. dr Adam Bednarski (Akademicka 5).

Temat oficyalny: »Sprawa ubezpieczenia od wypadków, dotyczących uszkodzenia narządu wzrokowego ze szczególniejszem uwzględnieniem ustawy austryackiej«.

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza. Gospodarz: prof. dr Antoni Mars (Kościuszki 14). Sekretarz: dr Kazimierz Bocheński (Klinika położnicza).

Tematy oficyalne: 1. »O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych«. 2. »O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy«.

XX. Sekcya medycyny publicznej. (Higiena, policya lekarska, badanie środków spożywczych). Gospodarze: R. Dw. dr Józef Merunowicz (Namiestnictwo — Biuro sanit.), prof. dr Paweł Kučera (Łyczakowska 133). Sekretarz: dr Napoleon Gąsiorowski (Namiestnictwo — Biuro sanit.).

(Tematy oficyalne ob. »Przegląd lek.« Nr 6, str. 74, szp. 2).

XXVI. Sekcya wychowania fizycznego. Gospodarz: dr Eugeniusz Piasecki (Trzeciego Maja 2). Sekretarz: dr Karol Hornung (29. Listopada 16).

I. Posiedzenie wspólne z sekcyą higieniczną: Referaty: 1. Stan obecny higieny szkolnej w Polsce. (Trzej sprawozdawcy, po jednym z każdej dzielnicy). 2. Nauka jedno- i dwurazowa. Ref. prof. Błażek (Stryj). 3. Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne. 4. Szkoła wobec kwestyi płciowej. Ref. doc. dr Witwicki (Lwów).

II. Posiedzenie osobne (w razie większego napływu materyału dwa posiedzenia). A. Referaty: 5. Postępy na polu wychowania fizycznego w Polsce od ostatniego Zjazdu (1900 r.). (Sprawozdawcy jak pod 1., ref. dla Galicyi: dr Eugeniusz Piasecki, Lwów). 6. Praca ręczna jako czynnik wychowania fizycznego: *a)* Pogląd ogólny. Ref. prof. dr H. Jordan (Kraków), *b)* Systemy slöjdu. Ref. dr Kozłowski (Warszawa), *c)* Praca w polu młodzieży szkolnej. Ref. prof. Błażek (Stryj). B. Odczyty zgłoszone: dr Winogradzki (Sambor): Statystyka wychowania fizycznego w szkołach średnich w Galicyi.

W sekcyi społeczno-zawodowej postanowiło grono organizacyjne warszawskie zająć się wyłącznie sprawami zawodowemi, pozostawiając sprawy społeczno-lekarskie sekcyi higienicznej. Sprawozdawcą tematu »Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy oraz projekty reform« z Królestwa wybrano dra Szumlańskiego (sprawozdawcą z Galicyi będzie r. dw. prof. Jordan). Przedstawicielem sekcyi zawodowej jest w Warszawie dr Bronowski, który przyjmuje tam zgłoszenia udziału w sekcyi.

III. Sekcya chemiczna i farmaceutyczna ukonstytuowała się, jak następuje: Gospodarze: prof. dr Bronisław Radziszewski (Długosza 6), prof. dr Stanisław Tołłoczko (Długosza 6), mag. farm. Karol Sklepiński (Grodzickich 2). Sekretarze: Kazimierz Kling, asystent kat. chemii, Stefan Stenzel, mag. farm. stypend. kat. chemii.

VIII. Sekcya filozoficzna. Gospodarz: prof. dr Kazimierz Twardowski (Gołębia 10). Sekretarz: doc. dr Jan Łukasiewicz (Łyczakowska 19 A). Sekretarka: Jadwiga Kubalówna (Pełczyńska 1).

W S. VIII. nie będzie wcale oficyalnych tematów. W zaproszeniu, wysłanem do pracowników na polu filozofii, zaznaczono, że przedewszystkiem pożądane są tematy z pogranicza nauk filozoficznych i przyrodniczych, oraz z filozofii nauk przyrodniczych, że jednak można zgłaszać także wszelkie inne tematy z zakresu nauk filozoficznych.

Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907 przypomina, że termin do wnoszenia zgłoszeń przedmiotów, na wystawę przeznaczonych, upływa z końcem miesiąca lutego b. r. Po upływie tego terminu zgłoszone przedmioty będą mogły być tylko w takim razie na wystawę przyjęte, jeśli komitet rozporządzać będzie jeszcze stosownem miejscem na ich pomieszczenie. Ze względu zaś, że napływ zgłoszeń jest bardzo wielki, a wystawa zapowiada się niezwykle dobrze, leży w interesie samych wystawców, by z wnoszeniem swych zgłoszeń się pospieszyli, a to tem bardziej, że przedmiotów później zgłoszonych nie będzie można uwidocznić w katalogu wystawowym.

Magistrat krakowski postanowił wziąść udział w Wystawie przyrodniczo-lekarskiej we Lwowie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 20. b. m. posiedzenie, na którem dr M. Kozłowski wykładał: »O leczeniu i uleczalności wiewióra u mężczyzn«; potem odbyła się dyskusya nad tym wykładem i dawniejszym wykładem dra Borzęckiego, w której przemawiali: prof. Ciechanowski, Krzyształowicz, Rosner, Wachholz, dr Boczar, Mayzel i obaj prelegenci. Przed przystąpieniem do porządku dziennego przedstawił doc. Latkowski chorych z kliniki lekarskiej: *a)* z nowotworem płuca lewego, wychodzącym z opłucnej, *b)* olbrzymim zimnicznym obrzękiem śledziony, *c)* kilakiem na podstawie mózgu, *d)* atypową chorobą Basedowa połączoną z obrzękiem śluzowatym. W dyskusyi przemawiali: prym. Borzęcki i prof. Ciechanowski.

— Szpital izraelicki dla dzieci powstanie z fundacyi zmarłego świeżo posła Arnolda Porada Rapoporta.

— Otrzymaliśmy »Sprawozdanie sanitarne zakładu zdrojowo-kąpielowego w Truskawcu za r. 1906« opracowane przez r. ces. dra Edwarda Krzyżanowskiego, I. lekarza zakładowego. Sprawozdanie to składa się z bardzo szczegółowych wskazówek, co należy wykonać dla uporządkowania stosunków i rozwoju zakładu, dając tem samem obraz istniejących obecnie braków. Byłoby bardzo pożądane, aby i inne nasze zdrojowiska poszły za wzorem Truskawca i ogłosiły podobne sprawozdania; uzyskany na ich podstawie dokładny pogląd na stan naszych zdrojowisk posłużyłby do tem skuteczniejszego działania powołanych czynników w kierunku doskonalenia się zakładów galicyjskich.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył w dniu 16. b. m. posiedzenie celem omówienia spraw, które z okazyi sesyi sejmowej należałoby za pośrednictwem posłów lekarzy poruszyć w Sejmie. Za odpowiednie sprawy tego rodzaju uznano: 1) Sprawę ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych, która, jak wiadomo, nie przyjdzie jeszcze w tej sesyi na porządek dzienny. 2) Organizacyę okręgów sanitarnych w szybszem tempie. 3) Organizacyę pomocy lekarskiej nad ubogimi, jednakże bez uszczerbku dla interesów stanu lekarskiego. 4) Uchwalenie pewnej sumy na stypendya dla lekarzy pozostających w służbie krajowej celem umożliwienia im brania udziału w lekarskich kursach uzupełniających. 5) Poparcie podania lekarzy pomocniczych szpitala we Lwowie i w Krakowie o poprawę bytu. 5) Zasadę odnoszenia się przez Wydział krajowy do Izb lekarskich we wszystkich sprawach, obchodzących stan lekarski. — Powyższe życzenia Izby ma Prezydyum podać do wiadomości lekarzy posłów sejmowych. Na tem samem posiedzeniu uchwalono nadto zwrócić się do Wydziału wykonawczego Izb, aby tenże dla poparcia memoryału lekarzy kolejowych w sprawie poprawy bytu wysłał deputacyę do odpowiednich władz centralnych.

— Koła lekarskie lwowskie energicznie zabierają się do zgromadzenia funduszów na zwalczanie gruźlicy. Dnia 2. lutego b. r. odbył się we Lwowie na ten cel bal, który powiódł się znakomicie, czysty dochód bowiem wynosi około 4,000 koron. Suma ta będzie obrócona częściowo na budowę sanatoryum dla ubogich piersiowo chorych, częściowo na akademicki dom zdrowia w Zakopanem. Na czele komitetu ogólnego stali profesorowie: dr Antoni Gluziński i dr Grzegorz Ziembicki, na czele komitetu wykonawczego, w którym wzięli też udział słuchacze wydziału lekarskiego, dr Witold Ziembicki.

Warszawa. Wśród kandydatów na posłów do Dumy z Królestwa Polskiego, postawionych przez centralny komitet wyborczy, był i został wybrany posłem tylko jeden lekarz, dr Jan Harusewicz.

— Tymczasowe przepisy o organizacyi pomocy lekarskiej w gub. płockiej przedłużył rząd do 14. stycznia 1898.

Z różnych stron. Dr Zdzisław Sowiński, współpracownik naszego pisma, uzyskał d. 30. I. (12. II.) stopień docenta chorób skórnych i wenerycznych w Akademii petersburskiej.

— Międzynarodowa konferencya przeciwgruźlicza odbędzie się w tym roku w Wiedniu w miesiącu wrześniu.

— I Zjazd niemieckiego Towarzystwa urologicznego odbędzie się 2—5. października b. r. w Wiedniu. Główne temata obrad: 1) Rozpoznawanie i leczenie nowotworów nerek (spraw. Küster i Eiselsberg). 2) Rozpoznawanie i leczenie kamicy nerkowej (Kümmel, Kienböck, Holzknecht). 3) Białkomocz (Noorden, Posner). Zgłoszenia do dra Kapsammera, IX. Maria-Theresienstrasse 3.

— Ze statystyki austryackich zakładów naukowych za r. 1904/5 wynika, że z 1,727 uniwersyteckich sił nauczycielskich przypada 753 = 43·6% na wydziały lekarskie, natomiast z 22,374 słuchaczy przypada na te wydziały tylko 14·6%; wśród ogółu słuchaczy stanowią Niemcy 43·9%, Czesi i Polacy po 20·3%, Rusini tylko 4·6%, Słowianie południowi 5·3% (Słowianie razem 50·5%, a jednak mają tylko 3 wszechnice, gdy Niemcy mają ich 5!).

— Do parlamentu niemieckiego weszło przy ostatnich wyborach 6 lekarzy.

— Słuchaczek medycyny jest obecnie w Niemczech około 300; w Prusach, Hesyi i Alzacyi mają jedynie prawa hospitantek, w Bawaryi, Saksonii, Wirtembergii, Badenie prawo immatrykulacyi, w Jenie wcale nie są przyjmowane.

Mianowani. Prof. Dietrirh Gerhardt z Jeny dyrektorem kliniki pedyatrycznej w Erlangen; prof. Moritz z Giessen dyrektorem kliniki lekarskiej w Strassburgu; prof. H. Chiari z Pragi profesorem anatomii patol. w Strassburgu; prof. Kallius z Getyngi dyrektorem zakładu anatomicznego w Gryfii; doc. Rütimeyer prof. nadzw. medycyny wewn. w Bazylei; dr Lande profesorem medycyny sądowej w Bordeaux.

Zmarli: W Krakowie emer. lekarz miejski dr Ferdynand Tuszyński w 77 r. ż.; dzisiejszemu pokoleniu młodszych kolegów mało już znany, należał ś. p. Tuszyński do tych, którzy walczyli w r. 1863, a potem oddawali się z nieznanym może już dziś zapałem służbie dla społeczeństwa. Ukończywszy wydział filozoficzny w Wiedniu, był ś. p. Tuszyński profesorem gimnazyum w Tarnowie i Rzeszowie i potem dopiero, poświęciwszy się krzewieniu gimnastyki, doszedł do wniosku, że bez oparcia o medycynę niema ona wartości; w czterdziestym roku życia zaczyna przeto studya lekarskie; zająwszy potem stanowisko lekarza miejskiego w Krakowie, pozostał wiernym swej idei odrodzenia narodu przez odrodzenie fizyczne.

Ginekolog doc. Sticher we Wrocławiu (wskutek upadku przy sporcie saneczkowym).

Redakcya otrzymała: Kucharzewski: Pięć przypadków pęknięcia naczyń wewnątrzczaszkowych pochodzenia urazowego bez uszkodzenia kości czaszki. Odb. »Kron. lek.« 1906.— R. c. dr E. Krzyżanowski: Sprawozdanie sanitarne zakładu zdrojowo-kąpielowego w Truskawcu za rok 1907. — Pappée: Choroby weneryczne, ich rozszerzenie i zapobieganie. Odb. »Przegl. hig.« 1906. — Karwacki: O florze spraw płciowych. Odb. »Przegl. chorób sk. i wen.« 1906, str. 170. — Janowski: Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy płuc. Warszawa 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 27. lutego o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Sprawy administracyjne; 2) kol. Ciechanowski: W sprawie braków i potrzeb szpitalnictwa galicyjskiego; 3) kol. Bier: Zafałszowania herbaty i kawy, napotykane w Galicyi.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy gal. odbędzie się w **Jarosławiu w szpitalu powszechnym we wtorek dnia 26. lutego 1907 o godz. 6 wieczór** z następującym porządkiem dziennym: 1) Najnowsze środki znieczulające używane w chirurgii, kol. dr Müller. 2) Demonstracya chorych. 3) Sprawozdanie co do wprowadzenia w życie taryfy za czynności lekarskie. 4) Wybory członków biura sekcyi i delegatów na Walne zgromadzenie. 5) Taryfa lekarska za czynności w zakresie dentystyki. 6) Wnioski członków w sprawach zawodowych.

Z biura sekcyi:
Dr Puzon, sekretarz. *Dr Czyżewicz*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Fibrolizynę, wyrób Mercka, polecany wogóle w celu rozmiękczenia blizn, uważa dr B. Domenico (*Rivista Intern. di Clinica e Terapia* 1906, Nr 2) za cenny środek w leczeniu cierpień spojówek, gdyż doświadczenie wykazuje, że po stosowaniu przygotowawczem fibrolizyny działają energiczniej środki zwężające i rozszerzające źrenicę; nadto zauważono wyjaśnienie nawet starszych zaćmień rogówki i szybkie wessanie się wysięków, z równoczesnem wzmożeniem ilości dobowej moczu i z poprawą stanu ogólnego. Na dowód przytacza autor 7 przypadków, leczonych fibrolizyną. *L.*

Weronal (wyrób fabryki Bayera et Co., Elberfeld) stosował dr F. M. Rowland-Lichfield (*British medical Journal* Nr 2395, 1906, pg. 1400) w rozpaczliwych przypadkach uporczywych wymiotów u ciężarnych z jak najlepszym skutkiem; szczególnie uderzyło go dobre działanie weronalu u pewnej pierwiastki, u której wszelkie inne środki pozostawały bez skutku. Wymioty ustąpiły po zast sowaniu wlewań z 32 granów (= 2·07 g.) weronalu. *L.*

Mieszaninę 7 przedziałek rozczynu **hydrarg. oxycyanatum** 1: 3000—1: 4000 z 3 przedziałkami 1 prc. **akoiny** (wyrób fabryki v. Heyden, Radebeul p. Dreznem) poleca dr G. Hirsch (*Samml. zwangl. Abh. auf dem Gebiete der Augenheilk.* Bd. 6, H. 5.) do wstrzykiwań spojówkowych we fałd górny i dolny, celem leczenia jaglicy. Zabieg powtarza się co 2—6 dni.

Dr Schiele stosował sposób Hirscha (*D. Heilk.* 1906, Nr 10) z dobrym skutkiem; podnosi bezbolesność wstrzykiwań, brak działania trującego i brak uszkodzeń spojówki. *L.*

Arhovina jest przedmiotem pracy dra Arthura Coblenzera (*Monatschr. f. Harnkrankh. und sex. Hyg.* 1906, Nr XI), w której autor przestrzega na wstępie przed przecenianiem czysto miejscowego leczenia wiewióra, a podnosi wartość i konieczność leczenia wewnętrznego, tak usprawiedliwionego badaniami krwi, które każą właściwie uważać wiewióra za chorobę zakaźną. Stanowiska tego bronią Zeissl, Finger, Kopp i i., a dochodzą ostatecznie do wniosku, że leczenia wewnętrznego nie należy nigdy zaniedbywać. Arhovina zajmuje w szeregu środków, wewnętrznie podawanych, bezsprzecznie pierwsze miejsce, gdyż wolna jest od działań ubocznych, właściwych środkom balsamicznym, a dalszą jej zaletę stanowi to, że nie działa trująco, ma dobry smak, nie wywołuje zaburzeń żołądkowych, ani podrażnienia nerek, a przytem działa, jak to Piorkowski wykazał, odkażająco i szczególnie niszcząco na dwoinki. Mocz alkaliczny odzyskuje po zażywaniu arhoviny oddziaływanie kwaśne. Kilka historyi chorób objaśnia te zapatrywania autora. We wszystkich przypadkach ostrego wiewióra udaje się przy stosowaniu 3—6 kapsułek po 0·25 dziennie sprowadzić szybkie ustąpienie bolów, ułatwienie moczenia, zelżenie objawów zapalnych, zmniejszenie wydzieliny, zniknięcie dwoinek w wydzielinie, i to zarówno przy zajęciu cewki przedniej, jak tylnej. Całe leczenie skraca się. Podobny wynik uzyskuje się również w postaci przewlekłej wiewióra. Arhovinę poleca autor także zewnętrznie w przypadkach zapalenia cewki, przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego i w upławach białych z nadżerkami na części pochwowej. *Hr.*